



# Heilmittelreport 2024



## Einleitung

Die Therapieberufe im Heilmittelbereich haben erhebliche Nachwuchsprobleme. Als wesentliche Ursache für die mangelnde Attraktivität, diese Berufe zu erlernen und dauerhaft auszuüben, wurden seitens des Gesetzgebers das niedrige Gehaltsniveau der Angestellten und die zu niedrigen Leistungsvergütungen durch die Kassen ausgemacht. Darüber hinaus wurden die erheblichen Einkommensabstände zwischen angestellten Therapeutinnen und Therapeuten im Krankenhaus und denen in den niedergelassenen Praxen bemängelt. Mit dem erklärten Ziel, die Leistungsvergütungen und die Gehaltsniveaus der Angestellten in den Praxen erheblich zu steigern und den Abstand zwischen den Einkommen im Krankenhaus und denen in freier Praxis anzugleichen, wurden in den Jahren 2017 und 2019 entsprechende Gesetze beschlossen. Diese regelten dauerhaft zunehmende, erhebliche Steigerungen von bundesweit einheitlichen Leistungsvergütungen für ambulante Heilmittelleistungen und eine Zentralisierung der Vertragsverhandlungen in kollektivvertragliche 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.

Wie hoch waren der Anstieg der Leistungsvergütungen und die Umsätze der Heilmittelpraxen in den Jahren 2017 bis 2022? Wie haben sich im Vergleich die Gehälter der angestellten Therapeutinnen und Therapeuten in den Praxen verändert? Wie haben sich die erheblichen Gehaltsunterschiede zwischen angestellten Therapeutinnen und Therapeuten innerhalb und außerhalb von stationären Einrichtungen entwickelt? Diesen Fragen wird mit Blick auf die Entwicklung von fünf Jahren erheblicher Vergütungssteigerungen in diesem Heilmittelreport nachgegangen. Kommen die mittlerweile über fünf Milliarden Euro jährliche Zusatzausgaben der gesetzlich Versicherten dort an, wo der Gesetzgeber sie als notwendig ansah?

Im zweiten Schwerpunkt wird empirisch der Frage nachgegangen, ob die soziale Lage Einfluss auf die Verordnung beziehungsweise Inanspruchnahme von Heilmitteln hat. Dabei werden sowohl personenbezogene, soziale als auch regionale, wohnortbezogene Faktoren untersucht. Die Methodik der Untersuchung folgt dabei dem Gesundheitsmonitor des Robert Koch-Instituts (RKI). Es werden hieraus der Index für den sozioökonomischen Status (SES-Index) und der Index für sozioökonomische Deprivation (GISD) auf die Heilmittelversorgung der 8,6 Millionen Versicherten der BARMER angewendet.

Die Untersuchung der Verordnungsqualität bei den manuellen Lymphdrainagen (MLD) bildet das dritte Schwerpunktthema dieses Reports. Werden diese physiotherapeutischen Leistungen zur Behandlung von Lymphödemen in geeigneter Weise verordnet? Die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2023a) dient dabei als Orientierung bei der Untersuchung der Indikationsqualität der Verordnungen der MLD. Wie viele und welche Verordnungen liegen außerhalb der Richtlinienvorgabe und wie ist die Versorgungslage mit begleitender Kompressionstherapie?

## Kurzübersicht der wichtigsten Ergebnisse

1. Die Gehaltsentwicklung der angestellten Therapeutinnen und Therapeuten in ambulanten Praxen unterschreitet bis 2022 den Zuwachs der Leistungsvergütungen deutlich. Bezogen auf das Jahr 2017 erwirtschafteten angestellte Therapeutinnen und Therapeuten 2022 mit jeder Verordnung zwischen 53 Prozent und 59 Prozent Mehrumsatz. Die Gehälter der Angestellten in Vollzeit stiegen jedoch im gleichen Zeitraum lediglich zwischen 28 und 34 Prozent. Der Gehaltsabstand zu den angestellten Therapeutinnen und Therapeuten im Krankenhausbereich ist immer noch erheblich. Dieser hat sich zwar um rund 100 Euro monatlich verringert, beträgt aber immer noch im Durchschnitt zwischen 650 und 820 Euro monatlich für Vollzeitangestellte. Eine Simulationsrechnung zeigt, dass die durch die Kassen gezahlten Umsatzsteigerungen bei fairer Gehaltsentwicklung für eine Angleichung der Gehälter ausgereicht hätten.
2. Die soziale Lage der Versicherten sowie die Deprivation der Wohnregion hat Einfluss auf die gesundheitliche Situation und die Lebenserwartung. Das belegen zahlreiche Studien, insbesondere der Gesundheitsmonitor des RKI. Anders als bei Morbidität und Mortalität zeigen die Ergebnisse allerdings keinen unmittelbar erkennbaren Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Person oder Region und der Inanspruchnahme beziehungsweise Verordnungsqualität von Heilmitteln.

3. Versorgungssituation MLD: Die Lymphdrainage ist eine spezielle Form der Physiotherapie zur Behandlung von Lymphödemen. Dies sind Flüssigkeitsansammlungen im Körpergewebe, die durch einen gestörten Abfluss der Lymphflüssigkeiten entstehen. Fast alle Physiotherapiebetriebe verfügen über die Zusatzqualifikation für die Abrechnung manueller Lymphdrainagen. Fragen zur Versorgungsqualität im Zusammenhang mit MLD werden empirisch untersucht mit Erkenntnissen sowohl zu Unter- als auch zu Fehlversorgung.
- In fast 50 Prozent der Fälle mit Indikation erfolgt die MLD der Lymphödeme ohne die notwendige begleitende Kompressionstherapie mittels Bandagierung oder Kompressionsstrumpf.
  - Etwa 20 Prozent der Verordnungen erfolgen ohne eine Diagnose, die auf das Vorliegen eines Lymphödems hinweisen könnte. Dies betrifft insbesondere männliche Versicherte mit Frakturen oder Verstauchungen.

## Heilmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Heilmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung 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.

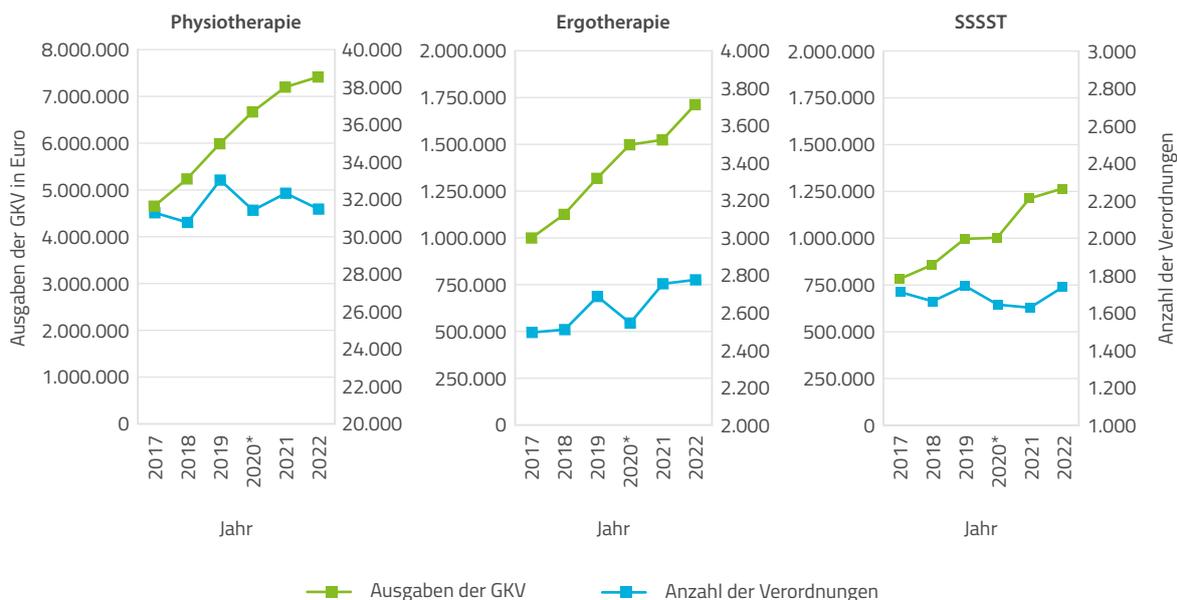
Verordnungsfähige Heilmittel werden unter anderem im zweiten Teil der Heilmittel-Richtlinie, dem sogenannten Heilmittelkatalog, gelistet. Der Katalog enthält für die ärztliche Verordnung die Zuordnung von Gruppen von Krankheitssymptomen zu eventuell geeigneten Heilmittelmaßnahmen.

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 ersetzt worden. Die jährlichen Preisverhandlungen wurden 2019 in kollektivvertragliche Strukturen überführt. Das heißt, der GKV-SV verhandelt die Verträge und Preise verbindlich für alle Krankenkassen und alle Leistungserbringenden, die an den Rahmenverträgen teilnehmen.

# 1 Zahlen, Daten und Fakten zur Heilmittelversorgung in der GKV

Die nun folgenden Zahlen und Kennwerte wurden auf Basis der Angaben in den GKV-Heilmittel-Schnellinformationen (GKV-SV, 2023a) und der Finanzstatistik der GKV (KJ 1) ermittelt. Sie zeigen die jährliche Menge und Entwicklungen, gegliedert in die drei großen Leistungsbereiche der Heilmittelversorgung.

**Abbildung 1: Ausgaben und Verordnungsmenge 2017 bis 2022 nach Leistungsarten der Heilmittelversorgung**



\* In den Ausgaben 2020 wurden die Auszahlungen aus dem Rettungsschirm Heilmittel in Höhe von 810 Millionen Euro zu Lasten der Gesundheitsfonds jeweils anteilig eingerechnet  
 Quelle: GKV-Heilmittel-Schnellinformationen des GKV-SV und Finanzstatistik der GKV KJ 1

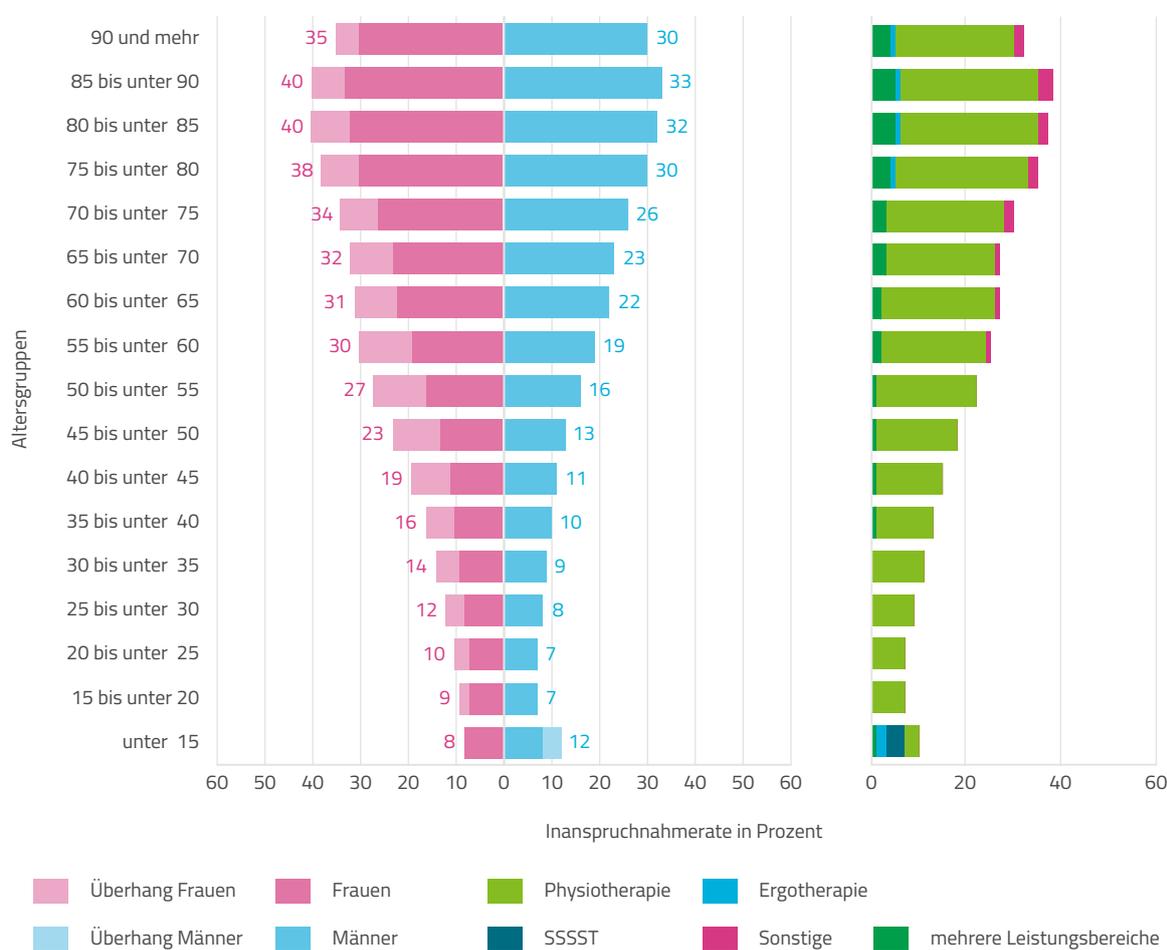
Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen steigen in jedem Leistungsbereich der Heilmittelversorgung in den Jahren 2017 bis 2022 beträchtlich. Die blaue Trendlinie stellt die Anzahl an Heilmittelverordnungen auf Quartalsbasis für die Jahre 2018 bis 2022 dar. In Abbildung 1 ist zweierlei zu erkennen: Die Mengenentwicklung gemessen an der Menge von Verordnungen aus der vertragsärztlichen Versorgung bleibt in den fünf Jahren relativ stabil, während die Ausgabenentwicklung fortwährend steigt.

## 1.1 Alters- und Geschlechtsstruktur der Heilmittelpatienten 2022

Abbildung 2 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 hierzu bilden Kinder mit erhöhtem Bedarf, besonders an sprach- und sprechtherapeutischen Leistungen, wobei der Überschussbedarf hauptsächlich von Jungen unter 15 Jahren ausgeht. Diese nutzen zu etwa 50 Prozent häufiger eine logopädische Behandlung (SSSST) als Mädchen (Rommel et al., 2018).

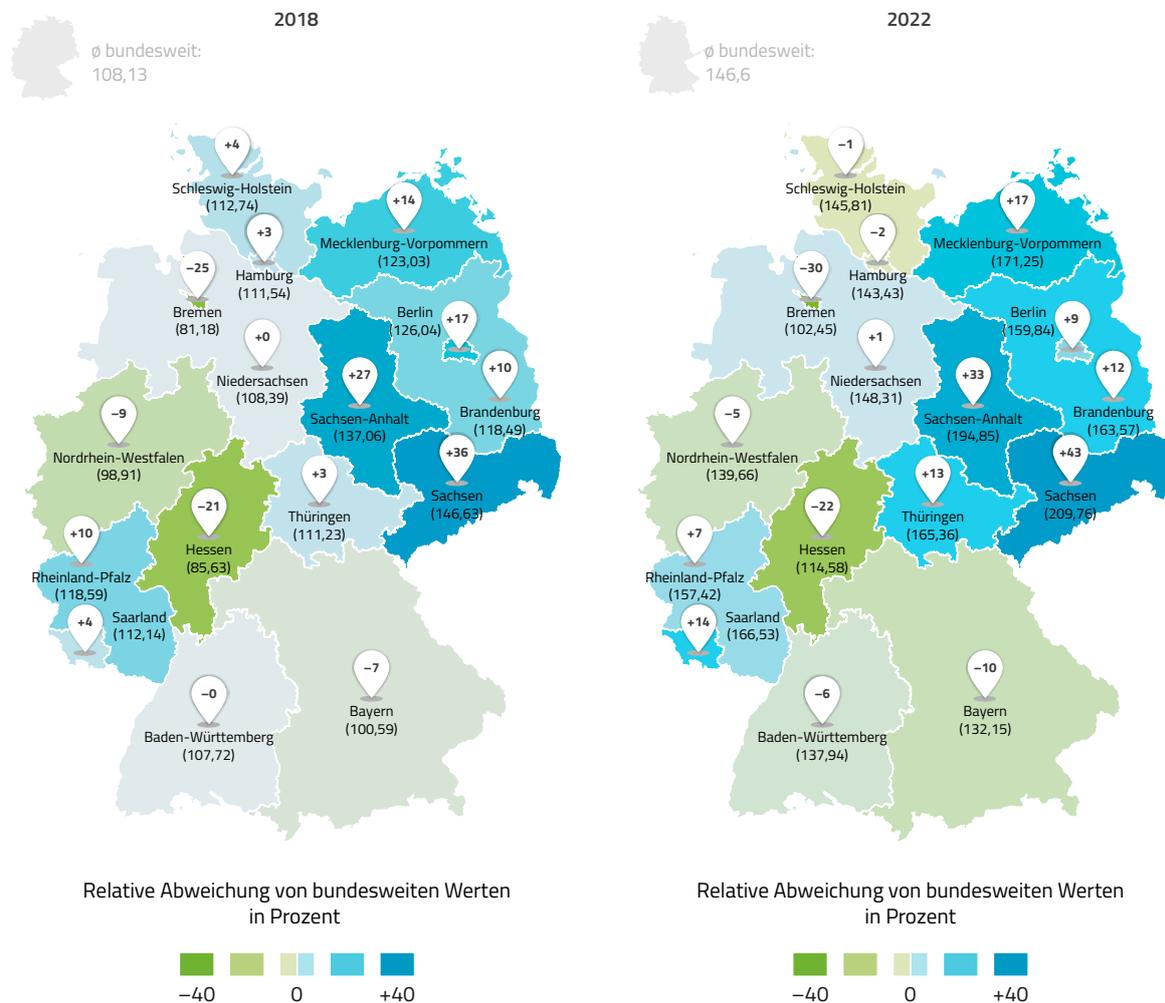
**Abbildung 2: Anteil der Versicherten mit Verordnung von Heilmitteln nach Alter und Geschlecht (links) und nach Leistungsbereichen (rechts) im Jahr 2022**



Quelle: BARMER-Daten 2022, hochgerechnet auf die GKV

## 1.2 Regionale Ausgabenunterschiede 2018 gegenüber 2022

Abbildung 3: Heilmittelausgaben je Versicherten der Jahre 2018 und 2022 nach Bundesländern ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung



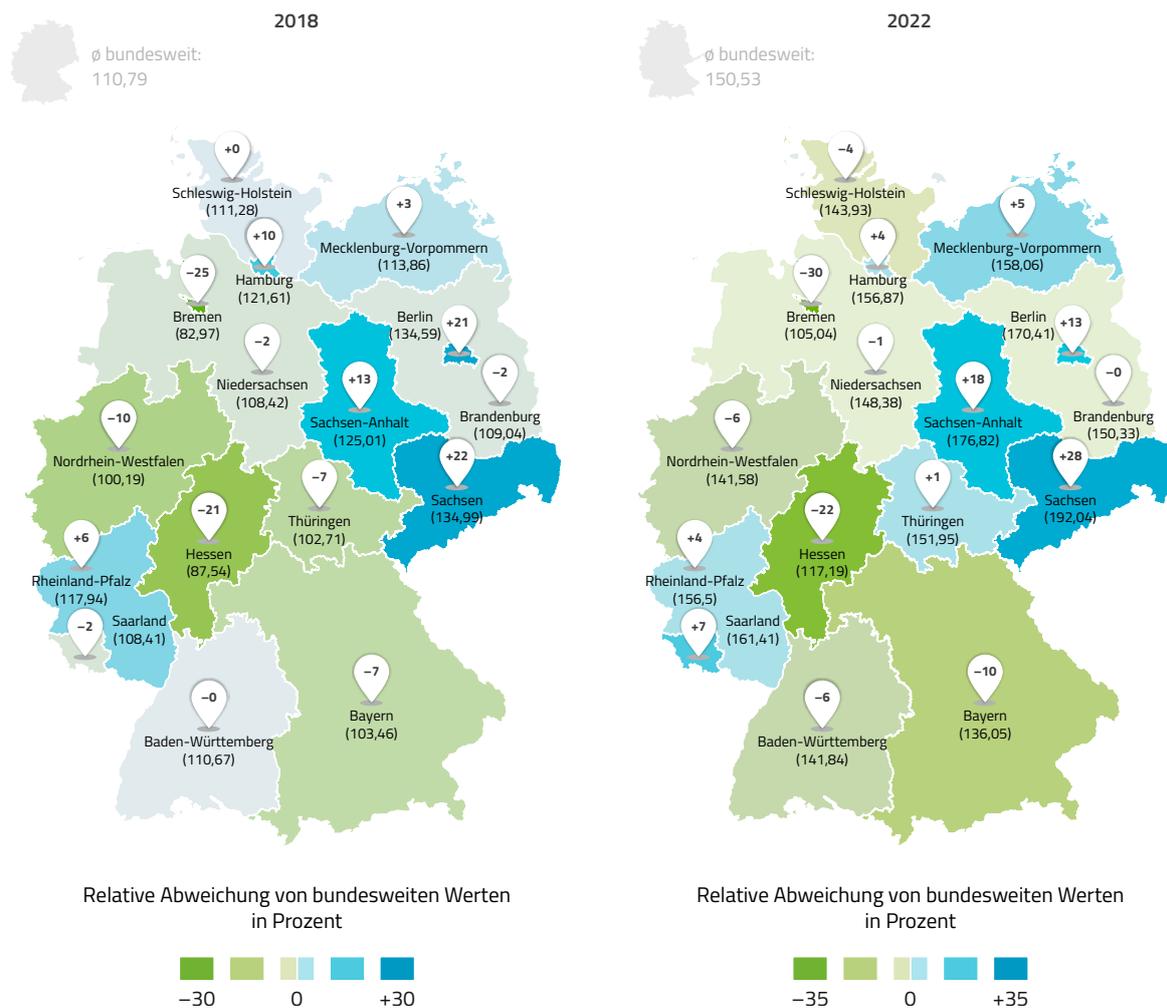
Quelle: BARMER-Daten 2018 und 2022, hochgerechnet auf die GKV

Abbildung 3 zeigt die Kosten je Versichertenjahr aller Heilmittelbereiche je Bundesland 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 2022 zeigt.

Anhand des ebenfalls angegebenen Durchschnittswerts wird ersichtlich, dass sich die Heilmittelausgaben je Versicherten in den vier Jahren um rund 38 Euro (+36 Prozent) erhöht haben. Die Struktur der regionalen Ausgabenvariation der Länder blieb unverändert. Die einzelnen Bundesländer mit über- und unterdurchschnittlichen Ausgaben je Versichertenjahr weisen allerdings größere Abstände auf. Die Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und das Saarland zeigen die höchsten Steigerungen bezüglich der durchschnittlichen Ausgaben. Auf der anderen Seite stehen Länder wie Baden-Württemberg, Bayern und Bremen, die einen höheren negativen Abstand zum Mittelwert aufweisen. In beiden Jahren verzeichnet das Land Sachsen mit großem Abstand die höchsten Ausgaben je Versicherten.

Abbildung 4 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 4: Heilmittelausgaben je Versicherten der Jahre 2018 und 2022 nach Bundesländern mit Alters- und Geschlechtsstandardisierung**

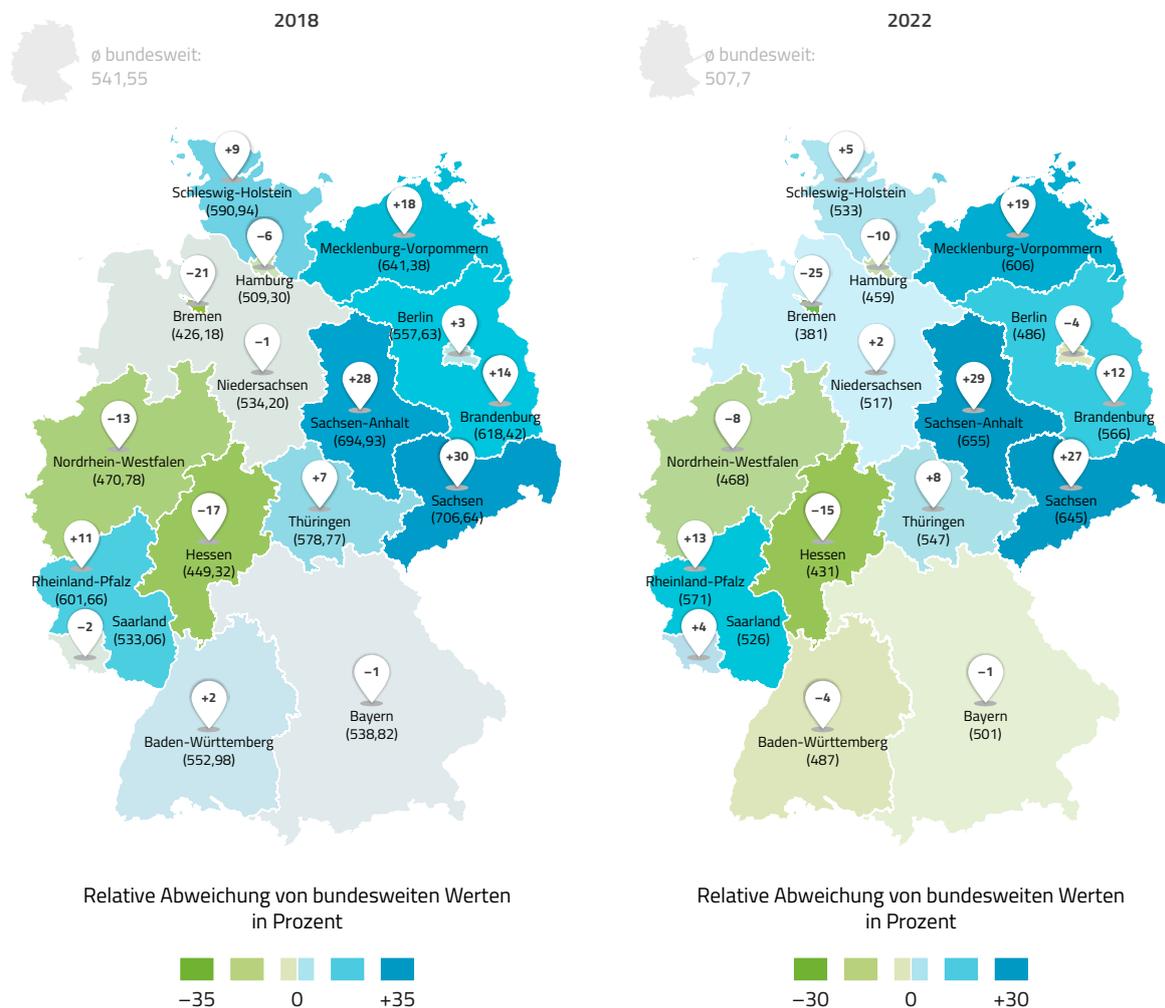


Quelle: BARMER-Daten 2018 und 2022, hochgerechnet auf die GKV

Abbildung 4 zeigt deutlich, dass durch die Standardisierung der Ausgabenüberhang der neuen Bundesländer zwar abgebildet wird, jedoch weiterhin besteht. Auch ist mit Alters- und Geschlechtsstandardisierung eine von 2018 bis 2022 zunehmende Spreizung zwischen den Bundesländern zu erkennen. Bei den regionalen Unterschieden handelt es sich somit nicht um einen rein demografischen Effekt. Zudem nehmen die Unterschiede 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 dies auch unter Berücksichtigung der zunehmenden Alterung der Bevölkerung.

### 1.3 Regionale Mengenunterschiede 2018 gegenüber 2022

Abbildung 5: Verordnungen je 1.000 Versicherte 2018 und 2022 nach Bundesländern ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung



Quelle: BARMER-Daten 2018 und 2022, hochgerechnet auf die GKV

Die Struktur der Länder mit über- und unterdurchschnittlicher Häufigkeit von Heilmittelverordnungen je 1.000 Versichertenjahren zeigt sich in den Jahren 2018 und 2022 nahezu unverändert. Im Unterschied zur zunehmenden Spreizung zwischen den Ländern bei den Ausgaben je Versicherten (Abbildung 3) sinken die länderbezogenen Abstände zum Bundesschnitt bei der Betrachtung der Verordnungen je Versicherten leicht.

Weitergehende Analysen zu selbst gewählten Fragestellungen können interaktiv mit den umfangreichen Analysemöglichkeiten des Heilmittel-Atlas vorgenommen werden (siehe Kapitel 1.5).

## 1.4 Struktur und Entwicklung der Heilmittel-Leistungserbringenden

Im Folgenden wird eine Auswertung der Vertrags- und Zulassungsdaten des Verbandes der Ersatzkassen (vdek, LEO-Datenbank) vorgenommen. Der vdek führt bundesweit das Zulassungsverfahren für die Leistungserbringerbetriebe im Heilmittelbereich durch. Die LEO-Datenbank beinhaltet alle Betriebe, die sich für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten angemeldet und qualifiziert haben. Zusätzlich enthalten die Daten Angaben zu den Zusatzqualifikationen, die wiederum zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen berechtigen. Die Größe der Betriebe und die Anzahl der dort angestellten Therapeutinnen und Therapeuten sind aus diesen Daten nicht ablesbar. Von den Physiotherapiebetrieben dürfen 95 Prozent Lymphdrainagen abrechnen, etwa 83 Prozent manuelle Therapie und rund 44 Prozent Krankengymnastik ZNS.

Heilmittelpraxen, die ausschließlich privat abzurechnende Behandlungen erbringen und keine Zulassung zum System der gesetzlichen Krankenversicherung beantragt haben, sind in der LEO-Datenbank nicht enthalten. Die erheblich gestiegenen Vergütungen der gesetzlichen Krankenkassen könnten bisherige private Praxisbetriebe zunehmend zur Anmeldung im gesetzlichen Krankenversicherungssystem gebracht haben. Das könnte neben Betriebsgründungen ein Teil des Zuwachses der zugelassenen Betriebe in den Jahren 2018 bis 2022 erklären.

**Abbildung 6: Anzahl Leistungserbringerbetriebe nach Berufsgruppen und Zusatzqualifikationen in der Physiotherapie über die Jahre 2018 bis 2022 und prozentuale Entwicklung**



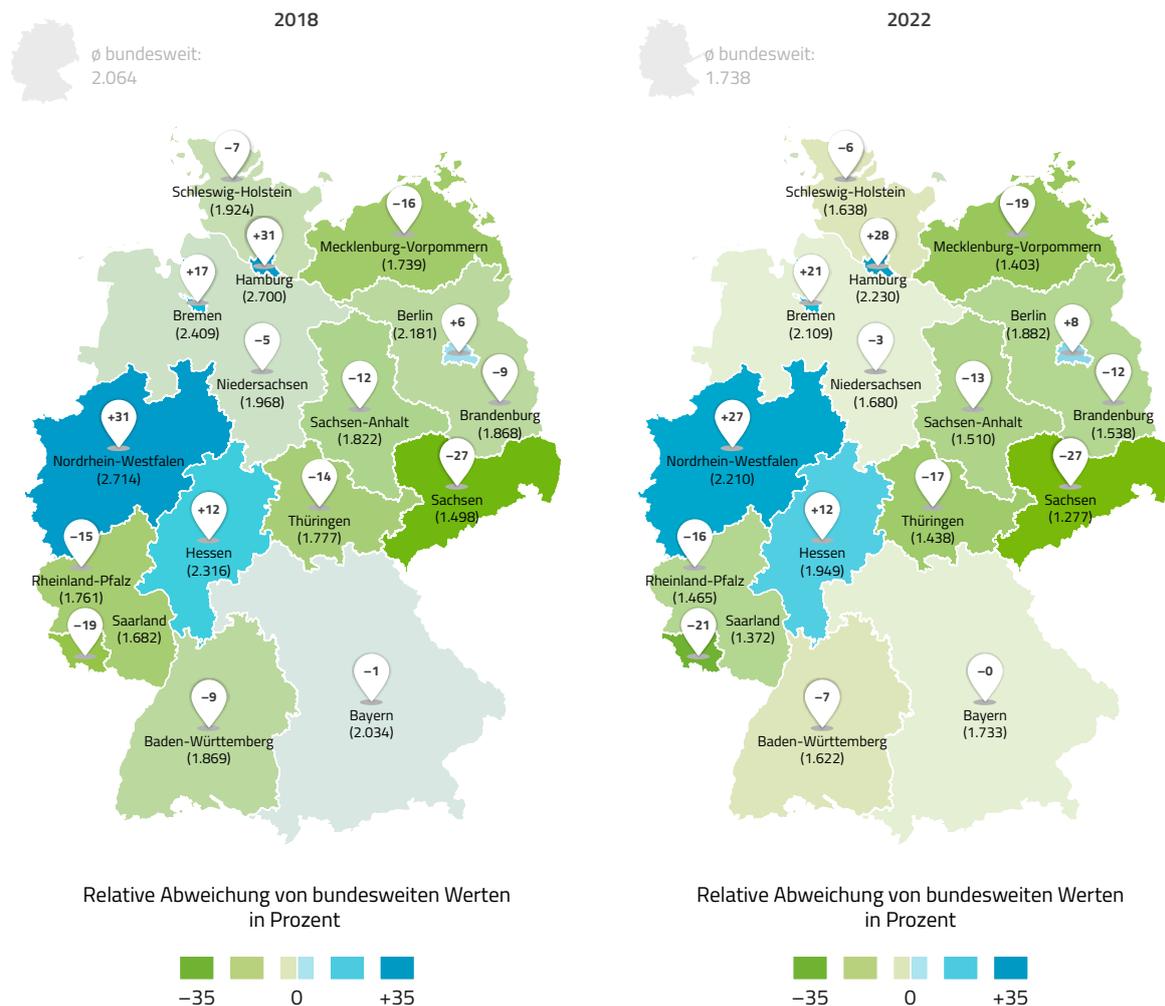
Quelle: LEO-Daten des vdek 2018–2022

Die Zahl der zugelassenen Leistungserbringenden stieg im Zeitraum von 2018 bis 2022 in jedem Jahr deutlich an (Abbildung 6). Insgesamt hatten über 69.000 Leistungserbringerbetriebe im Jahr 2022 eine Zulassung der Krankenkassen. Dies bedeutet eine Steigerung zum Jahr 2018 zwischen 20 und 30 Prozent. Der absolut größte Zuwachs an Betrieben ist in der Physiotherapie mit über 7.000 zusätzlichen Betrieben zu verzeichnen. Der relative Zuwachs ist bei den Ergotherapiepraxen und in der Podologie mit über 30 Prozent am höchsten. Unterschiedliche Zählmethoden für die Anzahl von Heilmittelbetrieben führen zu abweichenden Ergebnissen. Für 2019 weist das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) 67.392 verschiedene Institutionskennzeichen (IK) von Heilmittelbetrieben aus, während tatsächlich 59.030 verschiedene Betriebe zugelassen waren (WIdO, 2020). Da ein Betrieb mehr als nur ein IK verwenden kann, führt die Zählung der IK immer zu einer Überschätzung der Zahl von Betriebsstätten.

### **Regionalisierte Betrachtung der Physiotherapiebetriebe**

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 2022 nahezu unverändert (Abbildung 7). Während in Sachsen im Jahr 2022 ein Betrieb pro 1.277 Versicherte tätig ist, liegt dieser Wert in NRW und Hamburg deutlich höher bei über 2.200 Versicherten pro Betrieb. In den neuen Bundesländern korrespondiert die höhere Dichte an Physiotherapiebetrieben mit einer überproportionalen Ausgabensituation je Versicherten (Abbildung 3) und einer höheren Verordnungsmenge (Abbildung 5). Es gibt allerdings auch Länder wie Hamburg, die eine sehr geringe Dichte von Leistungserbringerbetrieben 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, Teilzeitvereinbarungen und der jederzeit mögliche Einsatz freier Mitarbeitender werden kontinuierlich die Kapazität der Betriebe verändern.

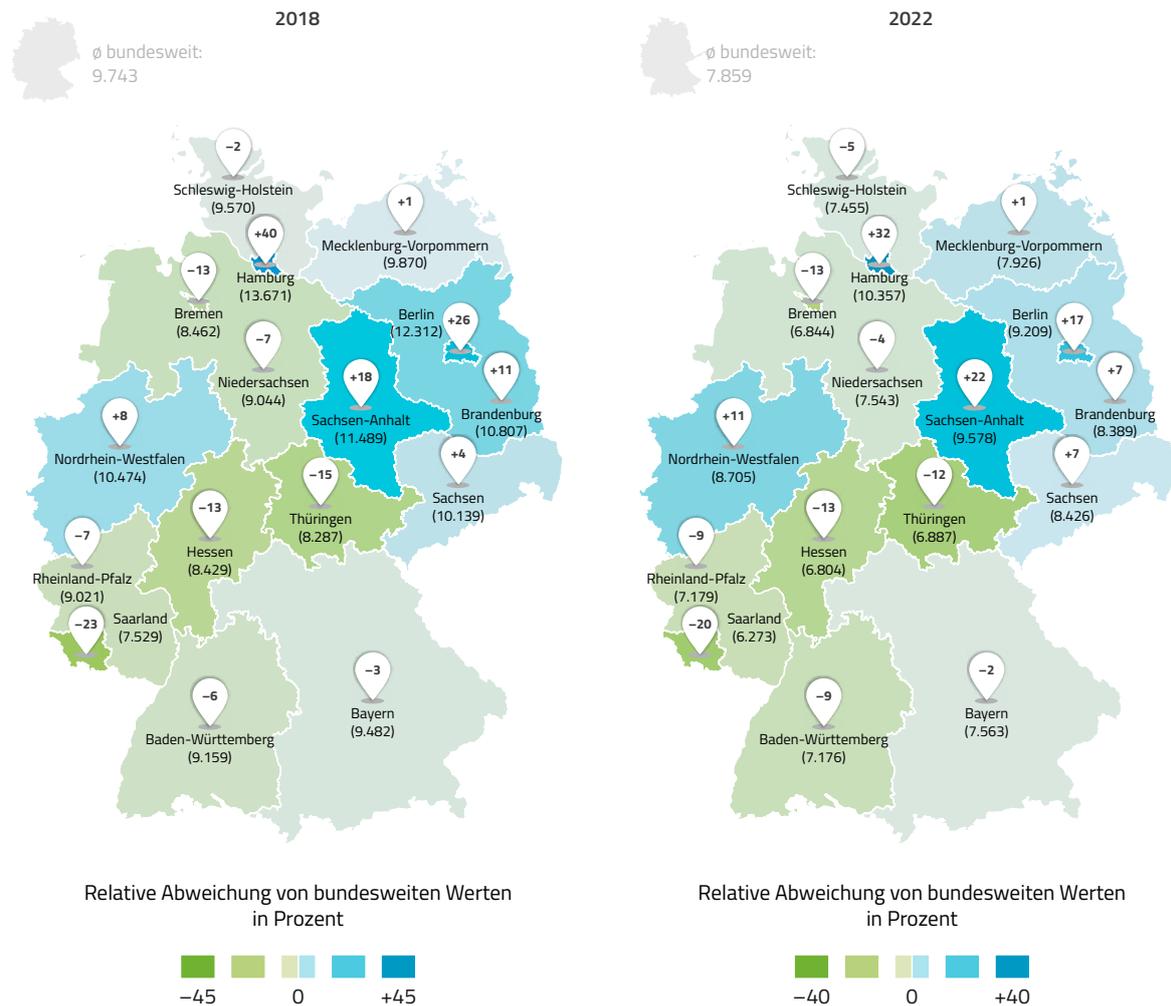
Abbildung 7: Relation der Anzahl an GKV-Versicherten zur Anzahl der Physiotherapiebetriebe auf Landesebene für die Jahre 2018 und 2022



Quelle: LEO-Daten des vdek 2018–2022

Die Zunahme der Anzahl an Betrieben in Kombination mit einer nahezu unveränderten Zahl der Verordnungen von Physiotherapie in der GKV (Abbildung 1) führt unweigerlich zu einer Verringerung der durchschnittlichen Menge abgerechneter Verordnungen pro Betrieb. Im Jahr 2018 kamen pro Betrieb 9.743 Verordnungen zur Abrechnung, 2022 nur noch 7.859. Die meisten Verordnungen je Leistungserbringerbetrieb 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 8). Wie bereits 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 sich die regionale Struktur und die Spreizung bei der Verordnungsmenge je Versicherten (Abbildung 5) 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 8: Relation von Physiotherapiebetrieben zu Verordnungszahlen der GKV auf Landesebene für die Jahre 2018 und 2022



Quelle: LEO-Daten des vdek 2018–2022

## 1.5 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 2022 an.

Heilmittelversorgung in der GKV:

- Ausgaben je Versichertenjahr
- Patienten je 1.000 Versichertenjahre
- Verordnungen je 1.000 Versichertenjahre
- Ausgaben der Kassen je Verordnung
- Verordnungen je Heilmittelpatientin und -patient

[Heilmittel-Atlas – Versorgung](#)

Heilmittelerbringer in der GKV:

- Anzahl der Heilmittelbetriebe
- Anzahl Verordnungen je Heilmittelbetrieb
- Anzahl Patienten je Heilmittelbetrieb
- Anzahl GKV-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 Heilmittelleistungserbringenden zur Verfügung. Nutzerinnen und Nutzer können wählen, ob eine Kennzahl als Hochrechnung auf die GKV, also mit der realen Bevölkerungsstruktur in den Bundesländern, 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.

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

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren grundlegende Änderungen in der Preis- und Verhandlungsstruktur eingeführt. Ziel waren die Stärkung der Heilmittelleistungserbringenden und die Steigerung der Attraktivität des Berufsbilds durch Gehalts- und Vergütungssteigerungen sowie Regelungen zur Berufsausbildung.

1. 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.
2. 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 erneut eine 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 Krankenkasse 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.

### 2.1 Preis- und Umsatzentwicklung in der Heilmittelversorgung 2017 bis 2022

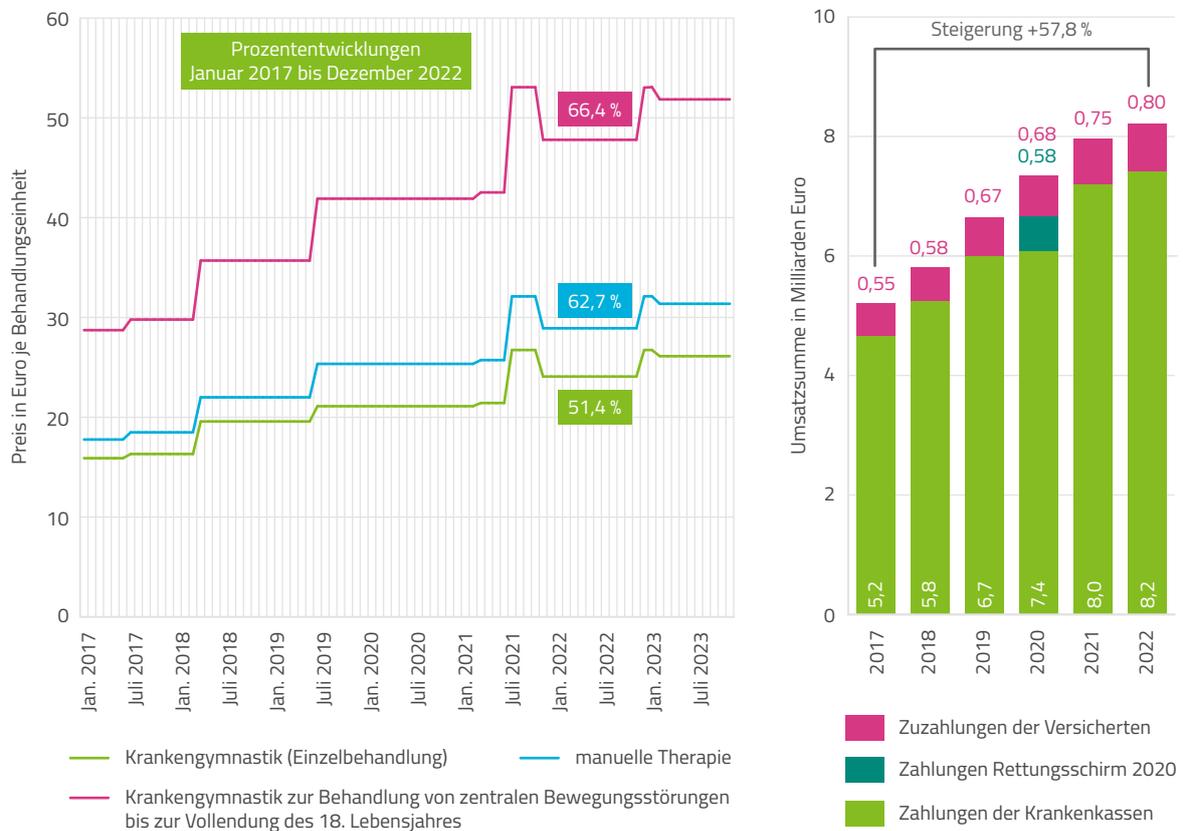
Diese gesetzlich initiierten, kurzfristig hintereinander wirksamen Preiserhöhungen für Heilmittel führten dazu, dass gegenüber dem ersten Jahr der Intervention durch das HHVG 2017 bis zum Jahr 2022 die Leistungsvergütungen der wichtigsten Einzelleistungen der Berufsgruppen zwischen 40 und 70 Prozent 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 im BARMER Heilmittelreport 2021 aufgezeigt, überstiegen die Zahlungen aus dem Rettungsschirm die tatsächlichen Verordnungs- und Um-

satzrückgänge der Therapeutinnen und Therapeuten im Jahr 2020 um etwa das Doppelte. Eine Rückzahlung überschüssiger Beträge war allerdings nicht vorgesehen. Die Zahlungen des Rettungsschirms werden anteilig auf die Berufsgruppen aufgeschlüsselt und nachfolgend als Zusatzumsatz des Jahres 2020 eingerechnet.

Die gesetzlichen Zuzahlungen der Versicherten werden im Rahmen der Behandlung unmittelbar bei den Leistungserbringenden entrichtet. Es sind Umsätze der Heilmittelerbringenden, 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, 2023a) nachfolgend als Umsatz der Heilmittelbetriebe eingerechnet.

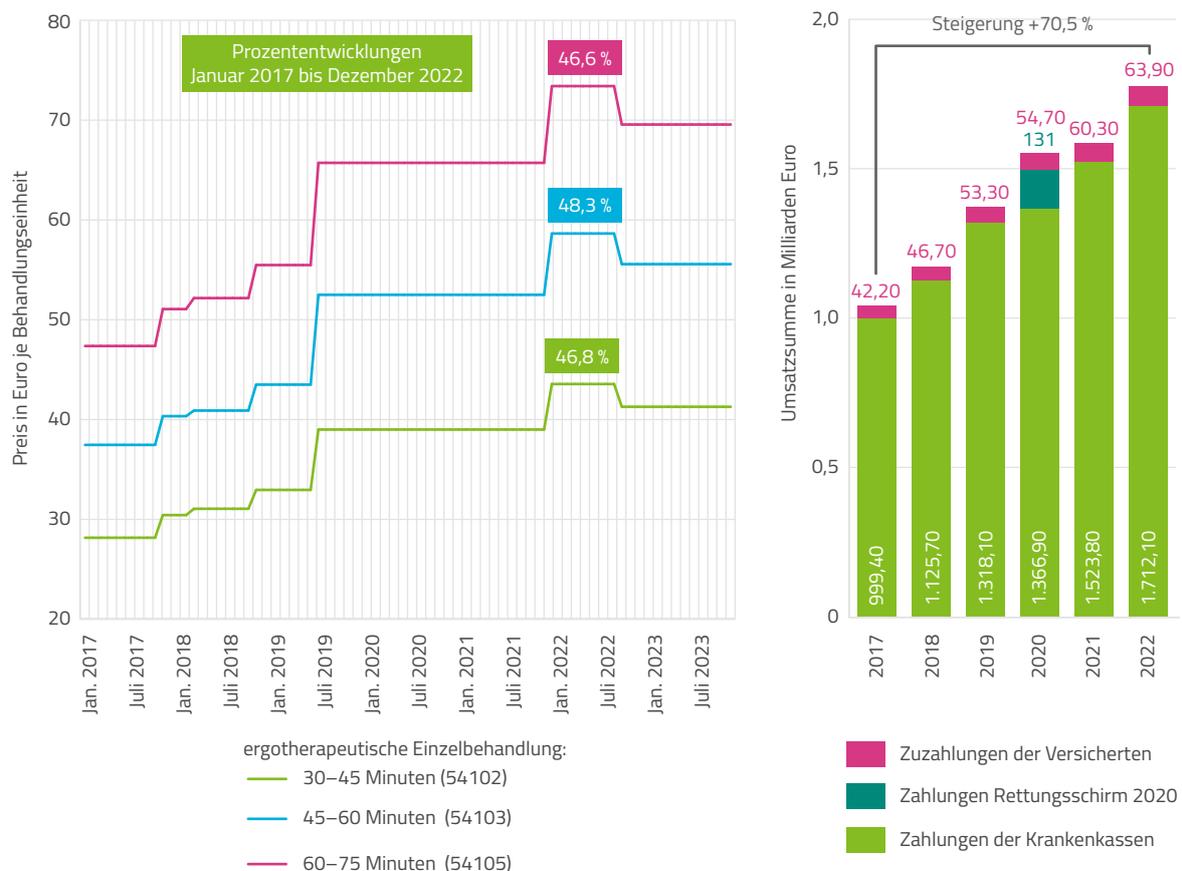
**Abbildung 9: Preisentwicklung zentraler physiotherapeutischer Leistungen und Umsatzentwicklung in der Physiotherapie**



Quellen: GKV-SV, 2023b; Finanzstatistik KJ 1; GKV-SV, 2023a

Die seit 2017 gesetzlich initiierten Preissteigerungen in der Physiotherapie lagen zwischen 50 und 70 Prozent je nach Leistungsziffer. Sie führten zu einem entsprechenden Anstieg des GKV-Umsatzes von knapp 58 Prozent. Diese Preissteigerungen setzen sich in den Folgejahren noch fort, so dass mit einer weiteren erheblichen 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 10: Preisentwicklung zentraler ergotherapeutischer Leistungen und Umsatzentwicklung in der Ergotherapie**

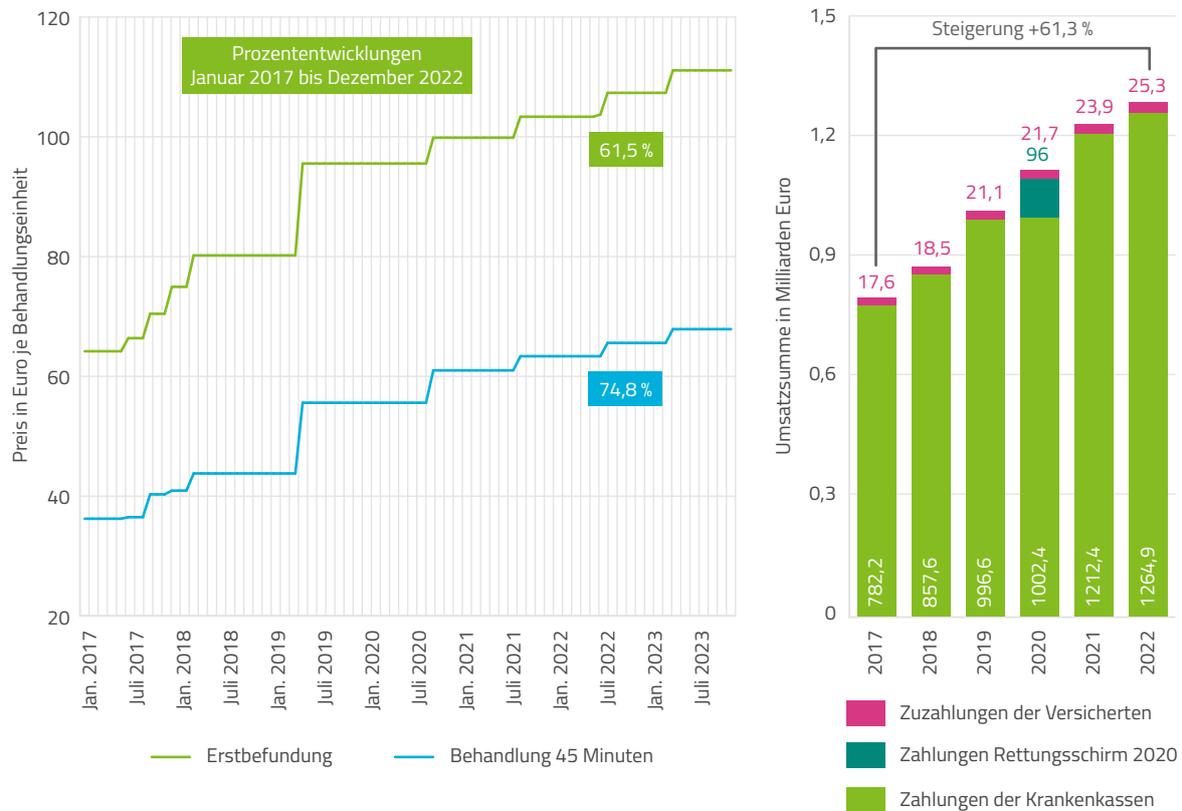


Quellen: GKV-SV, 2023b; Finanzstatistik KJ 1; GKV-SV, 2023a

Auch in der Ergotherapie wurden bis 2022 Preissteigerungen von knapp 50 Prozent für die Einzelleistungen gegenüber dem Basisjahr 2017 vereinbart. Die Preisverhandlungen für 2021 konnten allerdings nicht fristgerecht erfolgreich abgeschlossen werden, so dass ein Schiedsstellenverfahren erforderlich wurde. Durch die hierdurch bedingten längerfristigen Verzögerungen der Preisanhebung wurden die Preise von Januar bis September 2022 um einen zusätzlichen Faktor erhöht, der diese Verzögerung wirtschaftlich ausgleicht.

Die Umsatzentwicklung von über 70 Prozent in diesem Zeitraum übertrifft die Preissteigerung deutlich. Dies ist Folge einer ebenfalls gestiegenen Verordnungsmenge in diesem Zeitraum.

Abbildung 11: Preisentwicklung der wichtigsten logopädischen Leistungen und Umsatzentwicklung Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST)



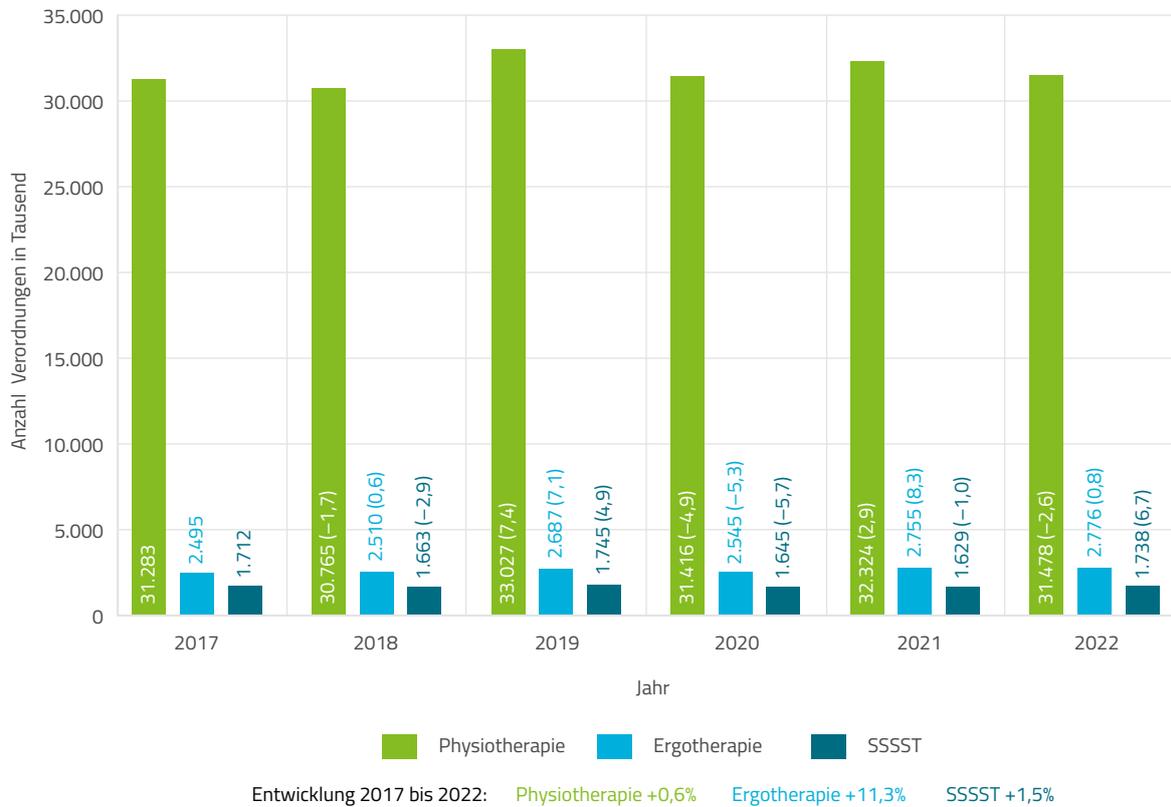
Quellen: GKV-SV, 2023b; Finanzstatistik KJ 1; GKV-SV, 2023a

Der Rahmenvertrag in der Berufsgruppe der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapeutinnen und -therapeuten 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.

## 2.2 Mengenerwicklung in der Heilmittelversorgung

Die Entwicklung des Umsatzes wird neben dem dominierenden Preiseffekt auch von der Menge der Verordnungen bestimmt. Wie nachfolgende Abbildung 12 zeigt, stagniert die Menge der Verordnungen in den betrachteten sechs Jahren von 2017 bis 2022 in der Physiotherapie und bei der SSSST. Die Ergotherapie verzeichnet hingegen eine deutliche Mengenerwicklung. Hier stieg die Menge der Verordnungen zum Bezugsjahr 2017 um über elf Prozent an. Die Mengenerwicklung verlief in den einzelnen Jahren heterogen. 2019 wuchs die Verordnungsmenge in allen Bereichen der Heilmittelversorgung, während sie im ersten Jahr der Pandemie 2020 um rund fünf Prozent sank. Dieser Rückgang wurde durch den Rettungsschirm Heilmittel finanziell sogar überkompensiert, so dass 2020 keine finanziellen Einbußen bei den Praxen entstanden.

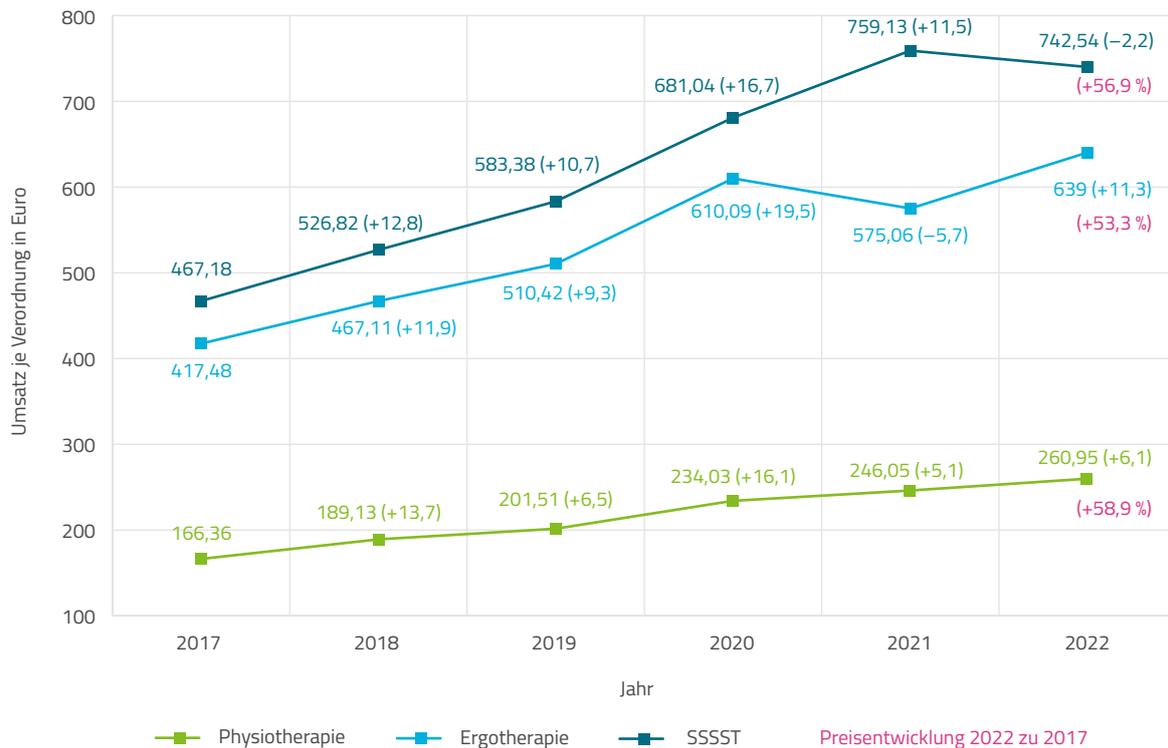
Abbildung 12: Anzahl und Entwicklung der Verordnungen in der Physio- und Ergotherapie sowie in der SSSST 2017 bis 2022



Anmerkung: Werte in Klammern zeigen die Entwicklung zum Vorjahr in Prozent.  
 Quelle: GKV-SV, 2023b

Um die unterschiedlichen Entwicklungen der Mengen- und der Umsatzzahlen sachgerecht abzubilden, wird daher im Folgenden die Kennzahl „Umsatz je Verordnung“ zur weiteren Analyse herangezogen. Diese nimmt den Umsatz und die Arbeitsmenge in den Blick. Insbesondere für die vergleichende Analyse der Gehaltsentwicklung der angestellten Therapeutinnen und Therapeuten erscheint diese Kennzahl daher geeignet. Die Rationalisierungspotenziale sind in der Heilmittelversorgung begrenzt, steigende Arbeitsmengen müssen zumeist durch einen größeren Einsatz menschlicher Arbeit geleistet werden.

Abbildung 13: Umsatz je Verordnung in der Physio- und Ergotherapie sowie in der SSSST 2017 bis 2022



Anmerkung: Entwicklung zum Vorjahr in Prozent in Klammern; Entwicklung 2017 bis 2022 in Prozent in pink  
 Quelle: BA, 2023

Die Entwicklung der Kennzahl „Umsatz je Verordnung“ (Abbildung 13) einzelner Kalenderjahre wird durch verschiedene Abgrenzungseffekte wie beispielsweise verzögerte Verhandlungsabschlüsse und unterjährige Ausgleichszahlungen beeinflusst. Daher ist eine mehrjährige Betrachtung der tatsächlichen und bei den Leistungserbringenden finanziell spürbaren Entwicklung notwendig. Eine Entwicklung, die in fünf Jahren hintereinander zu einer Umsatzsteigerung je Arbeitseinheit (Verordnung) zwischen 53 und 59 Prozent führt, ist wirtschaftlich sehr bedeutsam. Zudem setzt sich die positive Vergütungsentwicklung fort, wie die Abschlüsse zwischen den Leistungserbringerverbänden und dem GKV-SV für die Jahre 2023 und 2024 zeigen.

Damit sollte der wirtschaftliche Grundstein in jeder Praxis gelegt sein, die angestellten Therapeutinnen und Therapeuten, wie vertraglich gegenüber den Krankenkassen zugesagt, angemessen an dieser finanziellen Entwicklung zu beteiligen.

## 2.3 Einkommensentwicklung der angestellten Heilmitteltherapeutinnen und -therapeuten

Der Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit (BA, 2023) weist für ein Kalenderjahr das durchschnittliche Brutto-Monatseinkommen 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.

Die Auswahl der im Folgenden 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

Es erfolgte eine Sonderauswertung des Entgeltatlas der BA (BA, 2023) für die Jahre 2017 bis 2022, mit einer Aufgliederung dieser Berufsgruppen nach Wirtschaftszweigen und ob sie in einer stationären Einrichtung oder in einer ambulanten 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 1: Bundesdurchschnittliche Monatsentgelte von Heilmitteltherapeutenberufen für die Jahre 2017 bis 2022 für Angestellte in Vollzeit außerhalb stationärer Einrichtungen**

	2017 in Euro	in Pro- zent zum Vorjahr	2018 in Euro	in Pro- zent zum Vorjahr	2019 in Euro	in Prozent zum Vorjahr	2020 in Euro	in Pro- zent zum Vorjahr	2021 in Euro	in Pro- zent zum Vorjahr	2022 in Euro	in Pro- zent zum Vorjahr	2022 zu 2017 in Prozent
Berufe in der Physio- therapie	2.120	3,6	2.221	4,7	2.359	6,2	2.433	3,2	2.577	5,9	2.744	6,5	29,4
Berufe in der Ergotherapie	2.286	4,1	2.380	4,1	2.517	5,8	2.606	3,5	2.756	5,8	2.926	6,1	28,0
Berufe in der Sprach- therapie	2.204	3,0	2.308	4,7	2.471	7,1	2.595	5,0	2.796	7,7	2.954	5,7	34,0

Quelle: BA, 2023

Die Absicht des Gesetzgebers war es seit 2017, dem Fachkräftemangel durch die erheblichen Preissteigerungen wirksam zu begegnen sowie „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“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Darüber hinaus wurde auch im TSVG 2019 auf die Vergütung der angestellten Therapeutinnen und Therapeuten ein zentrales Augenmerk gelegt. Die Vertragspartnerinnen und -partner haben Regelungen zu „Vergütungsstrukturen für die Arbeitnehmer unter Berücksichtigung der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte“ (§ 125 Abs. 2 Nr. 9 SGB V) vertraglich festzulegen.

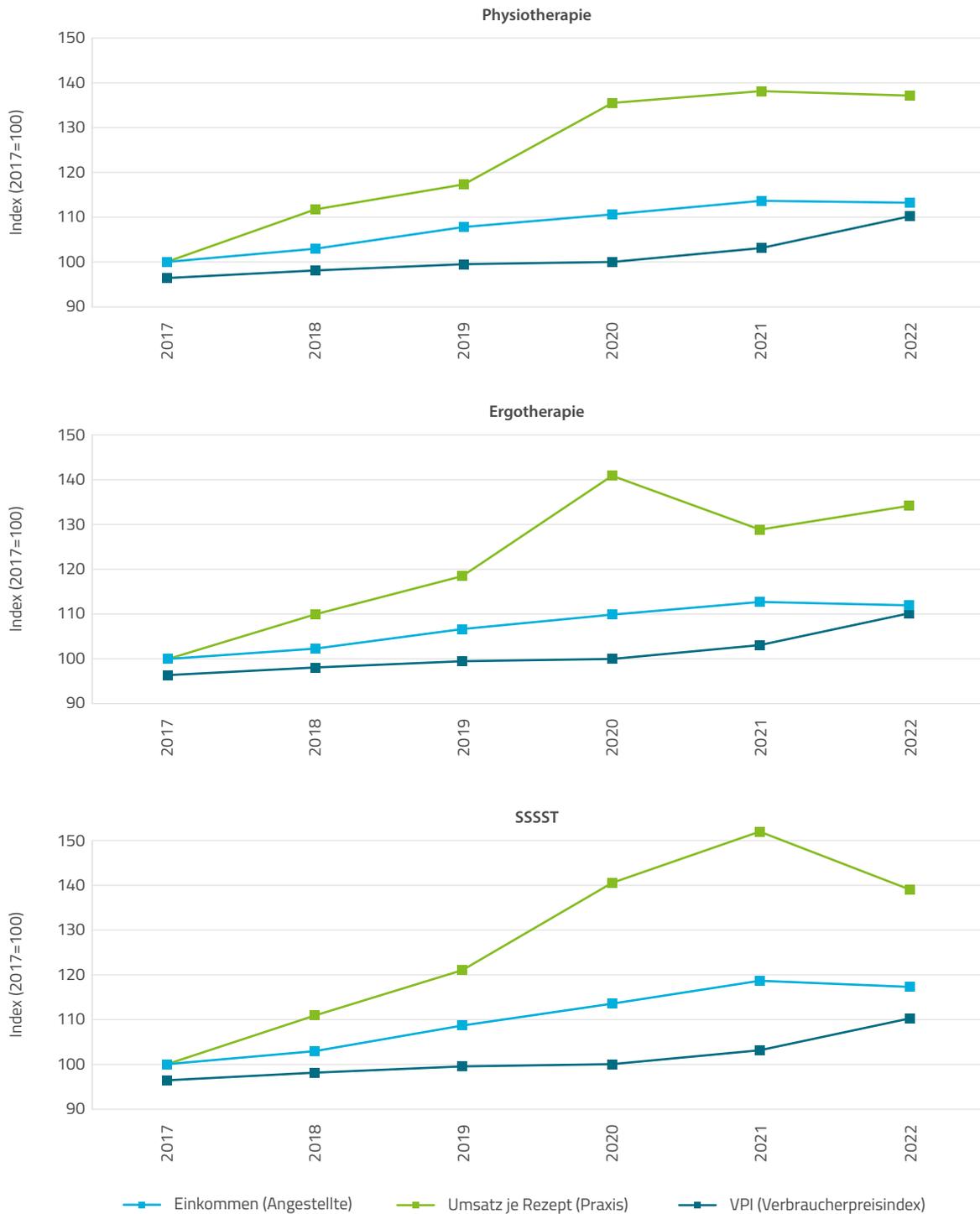
Dieser gesetzlichen Vorgabe wurde in den Rahmenverträgen des GKV-SV mit den Verbänden der Heilmittelerbringer entsprochen. Dort heißt es in den jeweiligen Verträgen der Berufsgruppen wortgleich: „Die von einem zugelassenen Leistungserbringer angestellten Leistungserbringer sollen von Vergütungsanhebungen 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, 2023c).

Haben die zugelassenen Leistungserbringenden nun in den Jahren seit 2017 die Vergütungs- und Umsatzsteigerungen in angemessener Höhe an die angestellten Therapeutinnen und Therapeuten weitergegeben? Die nachfolgenden Abbildungen stellen die prozentuale fallbezogene Umsatzentwicklung sowie die Entwicklung der monatlichen Bruttogehälter nach Berufsgruppen gegenüber. Dabei wird das erste Jahr der gesetzlichen Intervention 2017 als Indexjahr gesetzt. Die Entwicklung des Verbraucherpreisindex in diesen Jahren wird zur Information und Einordnung ebenfalls gezeigt.

Bedauerlicherweise ist festzustellen, dass die fortgesetzten Vergütungs- und Umsatzsteigerungen für die ambulanten Praxen der Heilmittelversorgung über die fünf betrachteten Jahre lediglich nur etwa zur Hälfte an die angestellten Therapeutinnen und Therapeuten weitergegeben wurden. Einem breiten gesellschaftlichen Verständnis von Fairness und einer angemessenen Beteiligung an den Vergütungs- und Umsatzsteigerungen würde sicherlich eine proportionale Weitergabe in gleicher prozentualer Höhe entsprechen. Beispielsweise erwirtschafteten angestellte Therapeutinnen und Therapeuten in der Physiotherapie mit jeder Verordnung einen Mehrumsatz von 57 Prozent gegenüber 2017, erhalten aber durchschnittlich lediglich 29 Prozent mehr Gehalt als 2017. Angesichts dieser Ergebnisse können an der vertraglich zugesicherten Angemessenheit berechnete Zweifel aufkommen. Dem bereits feststellbaren Fachkräftemangel lässt sich sicherlich nicht allein mit finanziellen Mitteln begegnen. Aber die unzureichende Weitergabe der Mehrerlöse an die eigenen Angestellten und die damit sinkende Lohnquote bei den Praxisumsätzen offenbart leider mangelnde Wertschätzung der Arbeitgeber.

Einwände seitens der Praxisinhaberinnen und -inhaber, dass beispielsweise die Einnahmen aus dem Rettungsschirm 2020 einmalig waren und somit nicht weitergegeben werden konnten, können für 2021 und 2022 nicht mehr gelten. Die Preisabschlüsse für 2023 und die Folgejahre zeigen, dass der Vergütungszuwachs sich auch in den nächsten Jahren fortsetzen wird und damit eine sichere Basis für Gehaltssteigerungen bietet. Inflationseffekte können ebenfalls nicht angeführt werden, wie der erhebliche Abstand der Umsatzentwicklung zum Verbraucherpreisindex verdeutlicht.

**Abbildung 14: Einkommensentwicklung vs. Umsatzentwicklung je Verordnung und Verbraucherpreisindex 2017 bis 2022**



Quelle: BA, 2023; Verbraucherpreisindex von Destatis

## 2.4 Gehaltsunterschiede ambulant und stationär angestellter Therapeutinnen und Therapeuten im Heilmittelbereich

Es bestehen seit Jahren erhebliche Unterschiede beim Niveau der Gehälter für Angestellte mit gleicher Ausbildung als Therapeutin oder Therapeut der Heilmittelversorgung bei einer Beschäftigung innerhalb und außerhalb einer stationären Einrichtung. Angestellte Therapeuten und Therapeutinnen werden trotz gleicher Ausbildung, Qualifikation und Aufgabenstellung in ambulant tätigen Praxen seit Jahren deutlich schlechter bezahlt. Die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sind zumeist tarifgebunden oder orientieren die Gehaltsstrukturen und -entwicklungen an einem Tarifvertrag. In den betrachteten fünf Jahren wurden demzufolge auch für die angestellten Therapeutinnen und Therapeuten in stationären Einrichtungen Gehaltssteigerungen wirksam. Die Steigerungsrate über diesen Zeitraum liegt zwischen rund 11 und 14 Prozentpunkten unterhalb der Rate beim außerklinischen Beschäftigungsverhältnis (Tabelle 1). Erfreulich ist, dass diese Unterschiede der Gehaltsentwicklung in Richtung einer notwendigen Angleichung der Gehälter zielen. Wie groß jedoch die verbleibenden Unterschiede sind, zeigt folgende Tabelle 3.

Die im Vergleich höheren Gehaltssteigerungen der ambulant beschäftigten Therapeutinnen und Therapeuten konnten den negativen Abstand zu den stationären Gehältern in den letzten fünf Jahren um etwa ein Viertel reduzieren. Gleichwohl liegt dieser Abstand 2022 noch zwischen 18 und 23 Prozent und absolut bei monatlich 645 bis 823 Euro je Berufsgruppe. Aus Sicht eines ambulant tätigen Physiotherapeuten liegt 2022 das Durchschnittsgehalt bei Anstellung im Krankenhaus um 823 Euro beziehungsweise 30 Prozent höher. Dies ist sicherlich kein überzeugendes Argument, diesen Beruf in der ambulanten Anstellung auszuüben.

Beide Effekte, die mangelnde Weitergabe jahrelanger erheblicher Umsatzsteigerungen und die damit verpasste Chance, sich im Vergleich mit den Gehältern in der stationären Versorgung signifikant zu verbessern, werden dem Fachkräftemangel insbesondere in der ambulanten Versorgung kaum entgegenwirken können.

Für die simulierte Gehaltsentwicklung wurde unterstellt, dass die Gehälter der angestellten Therapeutinnen und Therapeuten in identischer prozentualer Höhe wie die Umsatzsteigerungen je Verordnung (Abbildung 13) entwickelt wurden. Dabei wurden auch negative Entwicklungen, wie 2021 in der Ergotherapie, unverändert auf die Gehälter simuliert übertragen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass mit einer proportionalen Weitergabe der Steigerungen an die ambulant angestellten Therapeutinnen und Therapeuten und damit identischen Lohnquoten in den Betrieben immer noch Gehaltsunterschiede zu den stationär Angestellten bestehen würden. Diese wären jedoch auf ein deutlich geringeres Ausmaß von 2 bis 6,7 Prozentpunkten gesunken. Mit Blick auf die Vergütungsvereinbarungen der Jahre 2023 und 2024 bedarf es keiner prophetischen Gabe, um die Angleichung der Gehälter bei simulierter proportionaler Weitergabe für spätestens 2024 vorherzusagen. Die zusätzlichen Finanzmittel der gesetzlich Versicherten für Heilmittel summiert sich mittlerweile auf mehrere Milliarden Euro jährlich. Diese finanziellen Mittel werden aufgebracht, um auch den Angestellten eine faire Bezahlung zukommen zu lassen, offenbar fehlt es aber breitflächig an der entsprechenden Bereitschaft der Praxisinhaberinnen und -inhaber.

**Tabelle 2: Bundesdurchschnittliche Monatsentgelte von Heilmitteltherapeutenberufen für die Jahre 2017 bis 2022 für Angestellte in Vollzeit in stationären Einrichtungen**

	2017 in Euro	Zum Vorjahr in Prozent	2018 in Euro	Zum Vorjahr in Prozent	2019 in Euro	Zum Vorjahr in Prozent	2020 in Euro	Zum Vorjahr in Prozent	2021 in Euro	Zum Vorjahr in Prozent	2022 in Euro	Zum Vorjahr in Prozent	2022 zu 2017 in Prozent
Berufe in der Physiotherapie	3.064	3,0	3.144	2,6	3.264	3,8	3.349	2,6	3.452	3,1	3.567	3,3	16,4
Berufe in der Ergotherapie	3.042	3,7	3.143	3,3	3.265	3,9	3.358	2,8	3.463	3,1	3.571	3,1	17,4
Berufe in der Sprachtherapie	3.083	4,1	3.183	3,2	3.321	4,3	3.459	4,2	3.573	3,3	3.715	4,0	20,5

Quelle: BA, 2023

**Tabelle 3: Abstände der Monatsentgelte von Heilmitteltherapeutenberufen für die Jahre 2017 bis 2022 für Angestellte in Vollzeit innerhalb und außerhalb stationärer Einrichtungen**

	2017 in Euro	Gehalts- abstand in Prozent	2018 in Euro	Gehalts- abstand in Prozent	2019 in Euro	Gehalts- abstand in Prozent	2020 in Euro	Gehalts- abstand in Prozent	2021 in Euro	Gehalts- abstand in Prozent	2022 in Euro	Gehalts- abstand in Prozent
Berufe in der Physiotherapie	-943	-30,8	-923	-29,4	-906	-27,7	-915	-27,3	-876	-25,4	-823	-23,1
Berufe in der Ergotherapie	-756	-24,9	-762	-24,3	-748	-22,9	-752	-22,4	-707	-20,4	-645	-18,1
Berufe in der Sprachtherapie	-879	-28,5	-875	-27,5	-850	-25,6	-864	-25,0	-778	-21,8	-761	-20,5

Quelle: BA, 2023

Tabelle 4: Simulation der Gehaltsunterschiede, wenn im ambulanten Bereich die Vergütungssteigerungen proportional weitergegeben worden wären

	2017 in Euro	Entwicklung in Prozent zum Vorjahr	2018 in Euro	Entwicklung in Prozent zum Vorjahr	2019 in Euro	Entwicklung in Prozent zum Vorjahr	2020 in Euro	Entwicklung in Prozent zum Vorjahr	2021 in Euro	Entwicklung in Prozent zum Vorjahr	2022 in Euro	Entwicklung in Prozent zum Vorjahr
Berufe in der Physiotherapie	2.120	3,6	2.411	13,7	2.568	6,5	2.983	16,1	3.136	5,1	3.326	6,1
Berufe in der Ergotherapie	2.286	4,1	2.557	11,9	2.794	9,3	3.340	19,5	3.148	-5,7	3.503	11,3
Berufe in der Sprachtherapie	2.204	3,0	2.485	12,8	2.752	10,7	3.213	16,7	3.581	11,5	3.503	-2,2
	2017 in Euro	Gehalts- abstand in Prozent	2018 in Euro	Gehalts- abstand in Prozent	2019 in Euro	Gehalts- abstand in Prozent	2020 in Euro	Gehalts- abstand in Prozent	2021 in Euro	Gehalts- abstand in Prozent	2022 in Euro	Gehalts- abstand in Prozent
Berufe in der Physiotherapie	-943	-30,8	-734	-23,3	-696	-21,3	-366	-10,9	-316	-9,2	-240	-6,7
Berufe in der Ergotherapie	-756	-24,9	-585	-18,6	-471	-14,4	-18	-0,5	-315	-9,1	-68	-1,9
Berufe in der Sprachtherapie	-879	-28,5	-698	-21,9	-569	-17,1	-246	-7,1	8	0,2	-212	-5,7

Quelle: eigene Berechnung

## 2.5 Regionale Einkommenssituation und -entwicklung der ambulant und stationär angestellten Heilmitteltherapeutinnen und -therapeuten 2017 bis 2022

Die Daten der Entgeltstatistik der Bundesagentur für Arbeit werden auch auf Landesebene gegliedert ausgewiesen. Unterschreitet allerdings die Anzahl der vollzeitbeschäftigten Angestellten in einzelnen Tätigkeiten für das Bundesland einen Mindestwert, wird zur Wahrung der Anonymität das Medianeinkommen nicht ausgewiesen. Dies führt dazu, dass für die angestellten Therapeutinnen und Therapeuten in Bremen keine Angaben (k. A.) gemacht werden können. In die Berechnung der bundesweiten Mediane fließen die Angaben aus diesen Ländern selbstverständlich mit ein. Da die Unterschiede der Einkommensentwicklung bis 2022 zwischen den einzelnen Berufsgruppen im Bundesdurchschnitt relativ gering ausfallen (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2), wird in den folgenden Tabellen die übergeordnete Berufsgruppe „817 nichtärztliche Therapie und Heilkunde“ (BA, 2020) ausgewiesen und zudem auf die Berechnung jährlicher Steigerungen verzichtet.

**Tabelle 5: Mediane der Monatsentgelte nach Bundesländern von nichtärztlichen Therapieberufen für die Jahre 2017 bis 2022 für Angestellte in Vollzeit außerhalb stationärer Einrichtungen**

	2017 in Euro	2018 in Euro	2019 in Euro	2020 in Euro	2021 in Euro	2022 in Euro	Steigerung 2022 zu 2017 in Prozent
Deutschland	2.167	2.265	2.404	2.482	2.623	2.791	28,8
Schleswig- Holstein	2.263	2.338	2.466	2.521	2.677	2.846	25,8
Hamburg	2.289	2.396	2.538	2.597	2.771	2.956	29,1
Niedersachsen	2.119	2.209	2.362	2.448	2.596	2.769	30,7
Bremen	k. A.	k. A.	k. A.	2.549	k. A.	k. A.	k. A.
Nordrhein- Westfalen	2.258	2.346	2.482	2.557	2.700	2.866	26,9
Hessen	2.244	2.330	2.450	2.528	2.661	2.832	26,2
Rheinland-Pfalz	2.236	2.324	2.450	2.529	2.684	2.843	27,1
Baden- Württemberg	2.271	2.366	2.497	2.551	2.678	2.837	24,9
Bayern	2.253	2.361	2.484	2.549	2.687	2.842	26,1
Saarland	2.189	2.283	2.397	2.429	2.581	2.762	26,2
Berlin	2.221	2.360	2.556	2.652	2.816	3.021	36,0
Brandenburg	1.949	2.079	2.233	2.348	2.504	2.677	37,4
Mecklenburg- Vorpommern	1.850	1.955	2.106	2.231	2.378	2.567	38,8
Sachsen	1.776	1.888	2.060	2.162	2.304	2.488	40,1
Sachsen-Anhalt	1.805	1.920	2.106	2.262	2.390	2.542	40,8
Thüringen	1.824	1.930	2.087	2.190	2.295	2.467	35,3

Quelle: BA, 2023

Die Einkommensentwicklung ist im Vergleich von alten und neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) deutlich unterschiedlich. 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 Preisanhebungen und die bundesweite Vereinheitlichung der Vergütungen in den neuen Ländern ein erheblich größerer Zusatzumsatz erzielt werden konnte als in den alten Ländern. Insbesondere die Preisvereinbarungen der AOK in den neuen Ländern lagen deutlich unter dem damaligen Bundesdurchschnitt. Insofern ist positiv hervorzuheben, dass aus diesen höheren regionalspezifischen Umsatzsteigerungen im Vergleich deutlich höhere Gehaltssteigerungen für die angestellten Therapeutinnen und Therapeuten resultierten, wenn auch keineswegs in einer proportionalen Größenordnung.

**Tabelle 6: Mediane der Monatsentgelte nach Bundesländern von nichtärztlichen Therapieberufen für die Jahre 2017 bis 2022 für Angestellte in Vollzeit in stationären Einrichtungen**

	2017 in Euro	2018 in Euro	2019 in Euro	2020 in Euro	2021 in Euro	2022 in Euro	Steigerung 2022 zu 2017 in Prozent
Deutschland	3.086	3.169	3.288	3.370	3.475	3.584	16,1
Schleswig-Holstein	3.017	3.149	3.236	3.306	3.419	3.551	17,7
Hamburg	3.202	3.329	3.479	3.592	3.694	3.758	17,4
Niedersachsen	3.161	3.221	3.287	3.379	3.455	3.569	12,9
Bremen	k. A.						
Nordrhein-Westfalen	3.277	3.355	3.479	3.542	3.627	3.713	13,3
Hessen	2.941	3.012	3.120	3.217	3.326	3.486	18,5
Rheinland-Pfalz	3.189	3.269	3.361	3.480	3.550	3.587	12,5
Baden-Württemberg	3.195	3.267	3.384	3.450	3.552	3.658	14,5
Bayern	3.164	3.245	3.363	3.408	3.509	3.620	14,4
Saarland	k. A.						
Berlin	3.272	3.369	3.494	3.615	3.761	3.853	17,8
Brandenburg	2.601	2.687	2.830	2.970	3.105	3.247	24,8
Mecklenburg-Vorpommern	2.515	2.596	2.730	2.824	3.026	3.138	24,8
Sachsen	2.367	2.496	2.631	2.776	2.898	3.149	33,0
Sachsen-Anhalt	2.877	2.946	3.070	3.226	3.324	3.447	19,8
Thüringen	2.674	2.745	2.845	2.920	3.019	3.137	17,3

Quelle: BA, 2023

Auch bei der Gehaltsentwicklung von angestellten Therapeutinnen und Therapeuten in Krankenhäusern liegen einige neue Bundesländer vorne. In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen liegen die Steigerungen über 20 Prozent, in Sachsen sogar über 30 Prozent. Die geringste Gehaltsentwicklung zeigen die Länder Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz mit etwa 13 Prozent. In allen Bundesländern ist die Steigerung für die Angestellten im Krankenhaus niedriger als für die Angestellten in der ambulanten Versorgung. Wie haben sich demzufolge die Gehaltsunterschiede entwickelt?

**Tabelle 7: Abstände der Monatsentgelte ambulant und stationär vollzeitangestellter nichtärztlicher Therapeutinnen und Therapeuten der Jahre 2017 bis 2022**

	2017 in Euro	2018 in Euro	2019 in Euro	2020 in Euro	2021 in Euro	2022 in Euro	Gehalts- abstand 2022 in Prozent	Entwicklung des Abstands 2022 zu 2017 in Prozent
Deutschland	-919	-904	-884	-888	-852	-793	-22,1	-13,7
Schleswig-Holstein	-754	-811	-770	-785	-742	-705	-19,9	-6,5
Hamburg	-913	-933	-941	-995	-923	-802	-21,3	-12,2
Niedersachsen	-1.042	-1.012	-925	-931	-859	-800	-22,4	-23,2
Bremen	k. A.	k. A.						
Nordrhein-Westfalen	-1.019	-1.009	-997	-985	-927	-847	-22,8	-16,9
Hessen	-697	-682	-670	-689	-665	-654	-18,8	-6,2
Rheinland-Pfalz	-953	-945	-911	-951	-866	-744	-20,7	-21,9
Baden-Württemberg	-924	-901	-887	-899	-874	-821	-22,4	-11,1
Bayern	-911	-884	-879	-859	-822	-778	-21,5	-14,6
Saarland	k. A.	k. A.						
Berlin	-1.051	-1.009	-938	-963	-945	-832	-21,6	-20,8
Brandenburg	-652	-608	-597	-622	-601	-570	-17,6	-12,6
Mecklenburg-Vorpommern	-665	-641	-624	-593	-648	-571	-18,2	-14,1
Sachsen	-591	-608	-571	-614	-594	-661	-21,0	11,8
Sachsen-Anhalt	-1.072	-1.026	-964	-964	-934	-905	-26,3	-15,6
Thüringen	-850	-815	-758	-730	-724	-670	-21,4	-21,2

Quelle: BA, 2023

In allen Bundesländern liegen Gehälter in ambulanter Anstellung rund 20 Prozent unterhalb der stationären Gehälter. Dabei haben sich, mit einer Ausnahme in Sachsen, die Abstände der Gehälter absolut verkleinert. Diese Entwicklung des Gehaltsabstands zeigt allerdings eine hohe Spannweite. In Schleswig-Holstein und Hessen konnte der Abstand nur um sechs Prozent reduziert werden, während Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Berlin und Thüringen eine Reduktion von über 20 Prozent aufweisen.

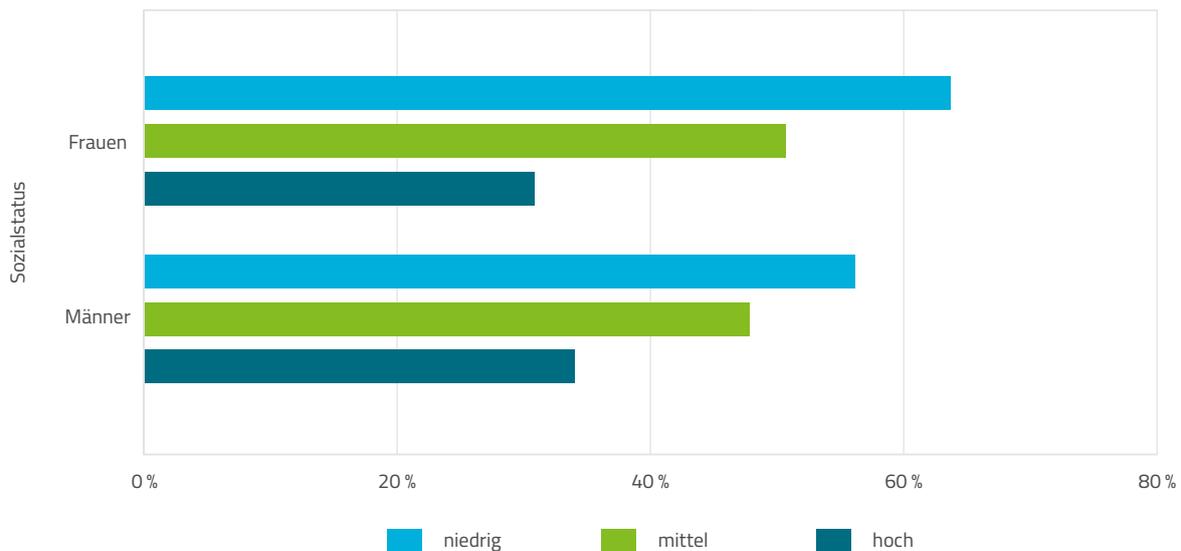
## 2.6 Fazit zur Gehaltsentwicklung der Therapeutenberufe

Die Gesamtbetrachtung der Gehaltsentwicklung für angestellte Therapeutinnen und Therapeuten in der ambulanten Versorgung ist gemessen an den zusätzlich aufgewendeten Mitteln, die 2022 jährlich 4,2 Milliarden Euro erreicht und nach der vorläufigen Finanzstatistik (KV 45) 2023 5,3 Milliarden betragen haben, in weiten Teilen ernüchternd. Positiv ist die Annäherung der ambulanten zu den stationären Einkommen der angestellten Therapeutinnen und Therapeuten zu bewerten. Allerdings wurden auch 2022 nicht mal näherungsweise gleiche Einkommen für Therapeutinnen und Therapeuten im Krankenhaus und in der ambulanten Praxis erreicht. Wie die Simulation (Tabelle 4) zeigt, standen und stehen bedeutsame finanzielle Mittel für eine faire Gehaltsentwicklung zur Verfügung. Diese werden durch die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung mit über fünf Milliarden Euro jährlich und damit 0,2 Beitragspunkten auf dem Gehaltszettel aufgebracht. Damit haben diese Versicherten Anspruch darauf, dass die sie behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten proportional an den Vergütungssteigerungen beteiligt werden und zumindest versucht wird, dem Fachkräftemangel damit etwas entgegenzutreten. Die formulierten Ziele des Gesetzgebers und die den Vertragsparteien auf Bundesebene zugesicherte Anhebung der Gehälter in „angemessener Höhe“ werden offensichtlich unterlaufen. Die gleichzeitige Klage der Praxisinhaberinnen und -inhaber über den anstehenden Fachkräftemangel ist somit zu einem Teil selbst verursacht. Die Praxisinhaber stehen somit in einer klaren Bringschuld gegenüber ihren Angestellten und den gesetzlich Krankenversicherten!

### 3 Heilmittelversorgung und soziale Lage

Der Einfluss des sozialen Status auf die Gesundheit und die Lebenserwartung wird durch epidemiologische Studien regelmäßig bestätigt. Personen mit niedrigem Sozialstatus sind vermehrt von chronischen Krankheiten, psychosomatischen Beschwerden, Unfallverletzungen sowie Behinderungen betroffen. Sie schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein und berichten häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen in der Alltagsgestaltung. Infolgedessen haben sie einen höheren Bedarf an Leistungen des medizinischen Versorgungssystems und an sozialer Absicherung im Krankheitsfall (RKI, 2024).

**Abbildung 15: Bevölkerungsanteile von Männern und Frauen im Alter ab 65, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig bis schlecht einschätzen, nach sozioökonomischem Status**



Quelle: Robert Koch-Institut, 2024 (Studie GEDA 2010, Erhebung 2009-2010)

Bezüglich der Versorgung mit Heilmittelleistungen wird der Frage nachgegangen, ob sich der Einfluss der sozialen Lage auch bei der Verordnung und der Inanspruchnahme dieser Leistungen ermitteln lässt. Die regionale Situation ist bezüglich der Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen in Deutschland deutlich unterschiedlich (siehe Abbildung 3 bis Abbildung 5). Das ärztliche Verordnungsverhalten und das verfügbare Angebot von Leistungserbringenden könnten Einfluss auf die Inanspruchnahme nehmen. Daher werden im Folgenden zwei verschiedene Aspekte der sozialen Lage betrachtet: der persönliche sozioökonomische Status (SES-Index) und der soziale Status beziehungsweise die Deprivation der jeweiligen Wohnregion.

#### 3.1 Sozioökonomischer Status (SES-Index)

Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts wurde der „Index für den sozioökonomischen Status (SES-Index)“ überarbeitet und veröffentlicht (Lampert et al., 2013). Der SES-Index basiert auf den drei Statusdimensionen Bildung, Beruf und Einkommen, die gleichbedeutend in einen Punktscore eingehen. Für jede der drei Dimensionen wird ein Score von einem bis sieben Punkten vergeben. Der Wertebereich des Gesamtscores reicht also von 3 bis 21. Wendet man den SES-Index mithilfe der bei der Kasse vorliegenden Stammdaten auf die 8,6 Millionen Versicherten der BARMER an und gruppiert die Ergebnisse der Scores in fünf Klassen mit gleicher Anzahl von Personen (Quintil 1–5), bildet man für alle

Versicherten fünf aufsteigende Kategorien des sozioökonomischen Status. Die Methodik mit den Routinedaten der Krankenkassen den SES-Index zu bestimmen, wird ausführlich erläutert in Wende, 2024.

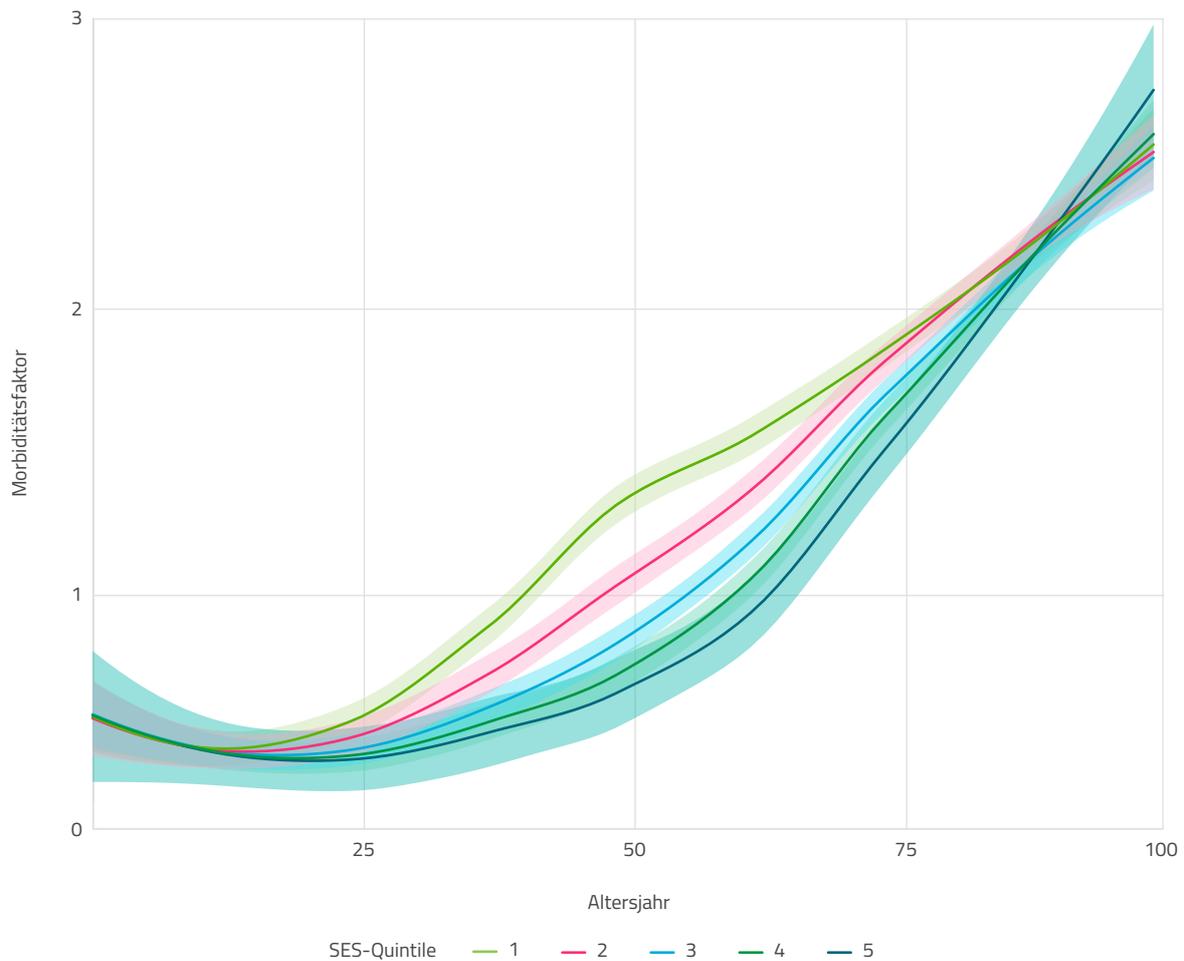
**Tabelle 8: SES-Score-Mittelwerte und mittleres Lebensalter in den fünf Quintilen des sozioökonomischen Status der BARMER-Versicherten 2019**

SES-Quintile	Mittelwert	Altersjahre
1	7,0 [6,1–7,9]	49,8 [24,0–71,0]
2	9,2 [8,8–9,6]	52,5 [27,0–76,0]
3	10,8 [10,4–11,2]	51,9 [32,0–72,0]
4	12,1 [11,8–12,4]	44,2 [27,0–59,0]
5	14,5 [13,4–15,2]	40,5 [29,0–54,0]

Anmerkung: In den eckigen Klammern befinden sich jeweils das 25 %- und das 75 %-Quantil  
Quelle: BARMER-Daten 2019, eigene Berechnungen

Tabelle 8 zeigt, dass sich die Mittelwerte und die Spannbreiten des SES-Scores für die BARMER-Versicherten zwischen den Quintilen deutlich unterscheiden. Das mittlere Lebensalter der in die Quintile zugeordneten Versicherten ist in den niedrigeren Quintilen höher als in den höheren. Der Grund dafür ist, dass mit Renteneintritt das Einkommen gegenüber dem vorherigen Arbeitsleben deutlich sinkt. Da der Bildungsstand und die berufliche Eingliederung für die Rentnerinnen und Rentner aus dem Arbeitsleben fortgeführt werden, hat das sinkende Einkommen zur Folge, dass nur noch ein niedrigerer SES-Score erreicht wird. Das niedrigste SES-Quintil 1 hat wiederum einen leicht niedrigeren Altersschnitt, weil hier Auszubildende, Schülerinnen und Schüler und Studierende zugeordnet werden.

Abbildung 16: Morbiditätsgewicht nach den fünf SES-Quintilen bei der BARMER 2019



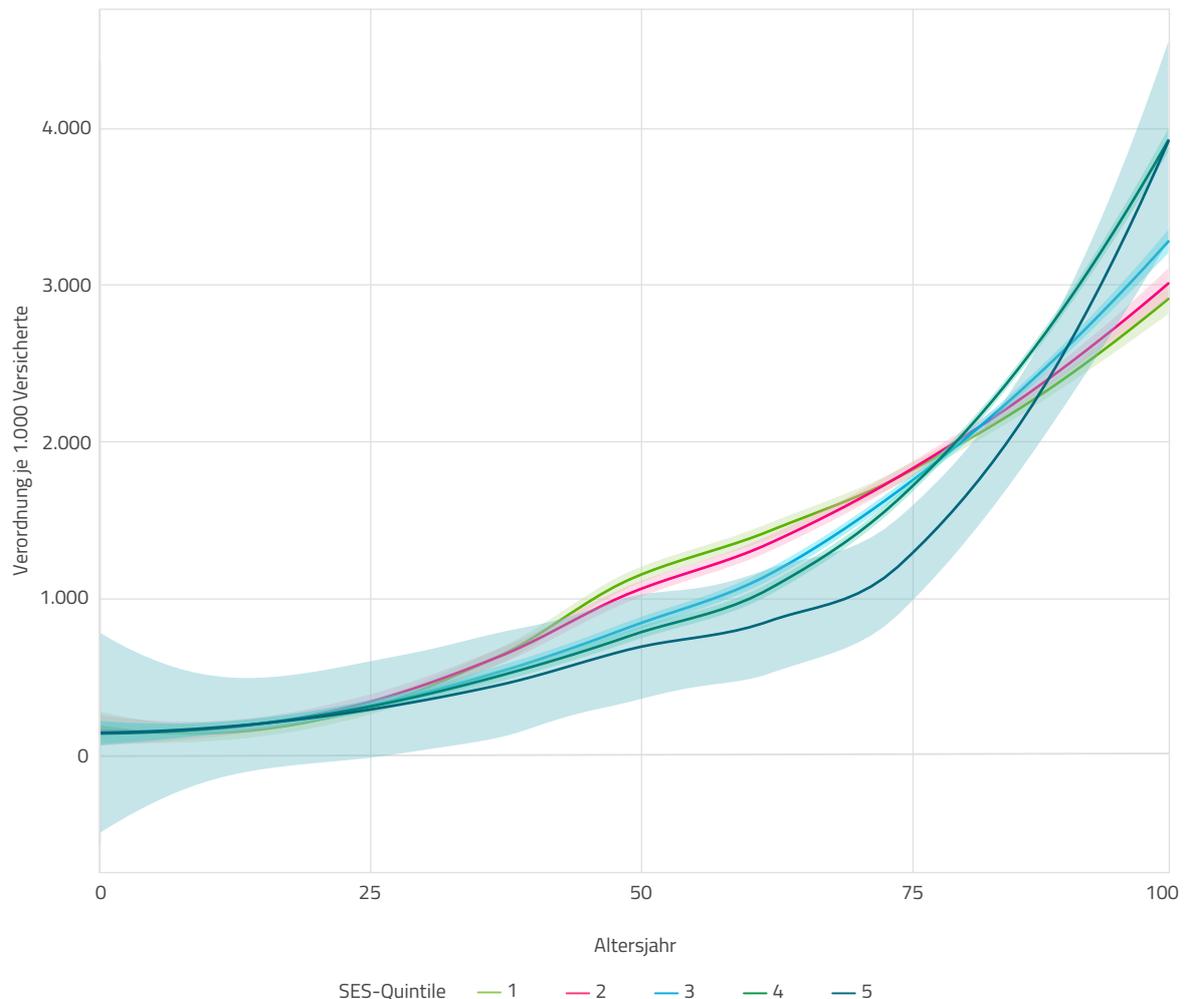
Quelle: BARMER-Daten 2019, eigene Berechnungen

Abbildung 16 zeigt für die in fünf SES-Quintile eingeteilten BARMER-Versicherten des Jahres 2019 die mittlere Morbidität inklusive der Standardabweichung. Der Morbiditätsfaktor wird ermittelt auf Grundlage der Klassifikation des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (M-RSA). Erwartungsgemäß steigt die Morbidität in allen SES-Quintilen mit dem Lebensalter an. Die Gruppe mit dem höchsten Status (SES-Quintil 5) weist insbesondere in den Altersjahren von 25 bis 80 die niedrigste Morbidität auf. Dies entspricht den Ergebnissen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts. Insbesondere in den Jahren der Berufstätigkeit bis zum frühen Rentenalter liegt die Morbidität bei den zwei niedrigsten SES-Quintilen oberhalb der anderen Gruppen. Ab etwa 80 Lebensjahren gibt es kaum noch diese Morbiditätsunterschiede. Mit dieser Darstellung soll die dokumentierte jeweilige Krankheitslast der SES-Quintile nach dem Lebensalter gezeigt werden, um nachfolgend eine „Erwartung“ an die Verteilung der Inanspruchnahme zu skizzieren.

### 3.2 Hat der sozioökonomische Status Einfluss auf die Heilmittelversorgung?

Die Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen wird mithilfe der Kennzahl „Verordnungen je 1.000 Versicherte“ für das Jahr 2019 ermittelt. Für den Fall, dass die Versorgung von dem jeweiligen sozioökonomischen Status beeinflusst wird, sollte sich ein gegenüber der Morbiditätsverteilung (siehe Abbildung 16) abweichendes Bild ergeben.

**Abbildung 17: Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen nach SES-Quintilen und Lebensalter 2019, gemessen in Verordnungen je 1.000 Versicherten**



Quelle: BARMER-Daten 2019, eigene Berechnungen

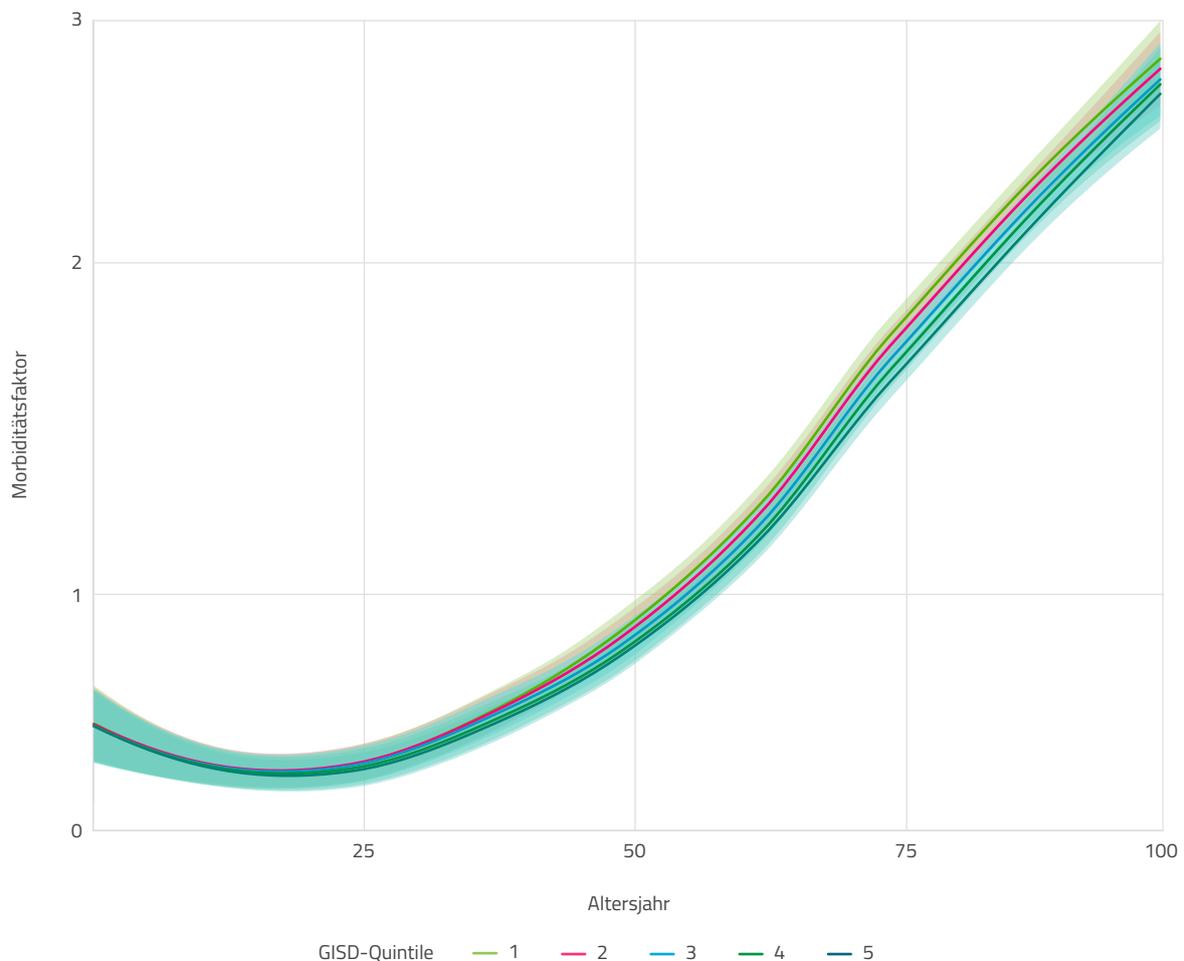
Die Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen liegt in fast allen SES-Quintilen über den Altersverlauf hinweg sehr dicht zusammen. Einzig in der Gruppe mit dem höchsten SES-Score liegt die Inanspruchnahme von Heilmitteln ab einem Alter von etwa 30 bis 80 Jahren unterhalb der übrigen SES-Quintile. Die niedrigere Morbidität des SES-Quintils 5 (Abbildung 16) findet sich insofern bei der niedrigeren Inanspruchnahme wieder. Was sich in der Inanspruchnahme von Heilmitteln im Vergleich der Quintile nicht zeigt, ist die höhere Morbidität der unteren Quintile in den Lebensjahren der Berufstätigkeit. Da es sich hierbei um die ärztlich dokumentierte Morbidität handelt, ist als Ursache das Nichtaufsuchen verordnungsberechtigter Vertragsärztinnen und -ärzte ausgeschlossen. Die zusätzliche Morbidität könnte sich jedoch auf Krankheiten beziehen, die mittels Heilmittelleistungen nicht behandelt werden können.

Daher wird nachfolgend (siehe Kapitel 3.5) diese Untersuchung auf Personen mit dem Krankheitsbild Rückenschmerz und die Frage nach der leitliniengerechten Verordnung physiotherapeutischer Leistungen eingegrenzt. Die bisherigen Ergebnisse zeigen jedoch keinen belegbaren unmittelbaren Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Heilmittelversorgung.

### 3.3 Wohnortbezogene, sozioökonomische Einflussanalyse mit dem German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD)

Regionale Deprivationsindizes erlauben, Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit mit Daten zu analysieren, die selbst keine Information über die sozioökonomische Position der Individuen enthalten. Der GISD misst das Ausmaß sozioökonomischer Deprivation anhand von Informationen der Bildungs-, Beschäftigungs- und Einkommenssituation in Kreisen und Gemeinden aus der Datenbank „Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung“ ([www.inkar.de](http://www.inkar.de)) vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Der GISD leistet einen wichtigen Beitrag zur Analyse regional ungleicher Verteilungen von Gesundheitszuständen, Krankheiten und deren Einflussfaktoren (Michalski et al., 2022).

Abbildung 18: Morbiditätsgewicht nach den fünf GISD-Quintilen bei der BARMER 2019



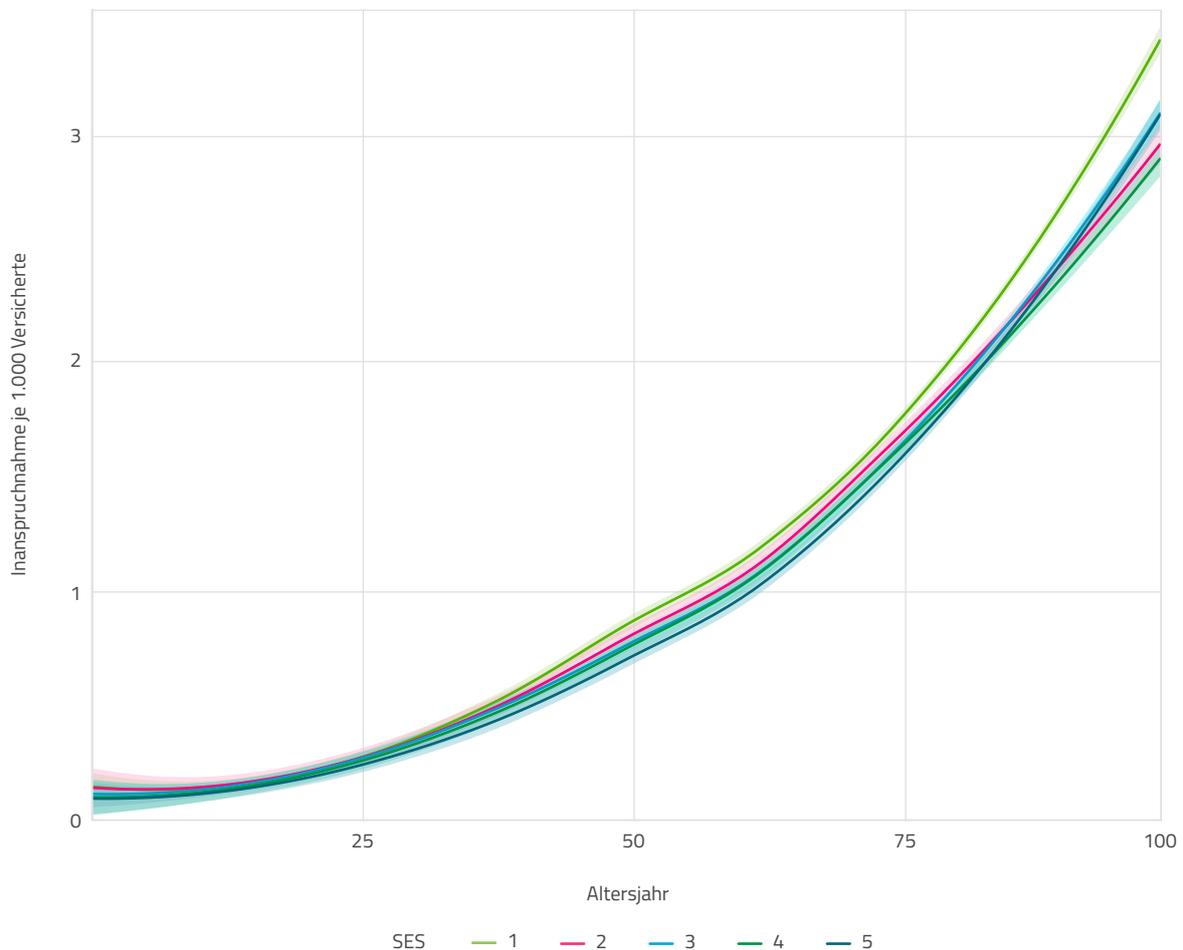
Quelle: BARMER-Daten 2019, eigene Berechnungen

Die durchschnittliche Morbidität der GISD-Quintile liegt über die Altersklassen sehr eng beieinander. Das bedeutet, dass die dokumentierte Krankheitslast der BARMER-Versicherten 2019 in unterschiedlich deprivierten Regionsgruppen in etwa gleich hoch ist. Diese Verteilung unterscheidet sich erheblich von der Betrachtung nach persönlichen sozioökonomischen Faktoren (siehe Abbildung 16). Reichere und ärmere Regionen in Deutschland zeigen eine nahezu identische Krankheitslast.

### 3.4 Hat die sozioökonomische Deprivation des Wohnorts Einfluss auf die Heilmittelversorgung?

Die Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen wird mithilfe der Kennzahl „Verordnungen je 1.000 Versicherte“ für das Jahr 2019 ermittelt. Für den Fall, dass die Versorgung von der jeweiligen Deprivation des Wohnorts beeinflusst wird, sollte sich ein gegenüber der Morbiditätsverteilung (siehe Abbildung 18) abweichendes Bild ergeben.

**Abbildung 19: Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen in Rezepten je 1.000 Versicherte nach GISD-Quintilen und Lebensalter**



Quelle: BARMER-Daten 2019, eigene Berechnungen

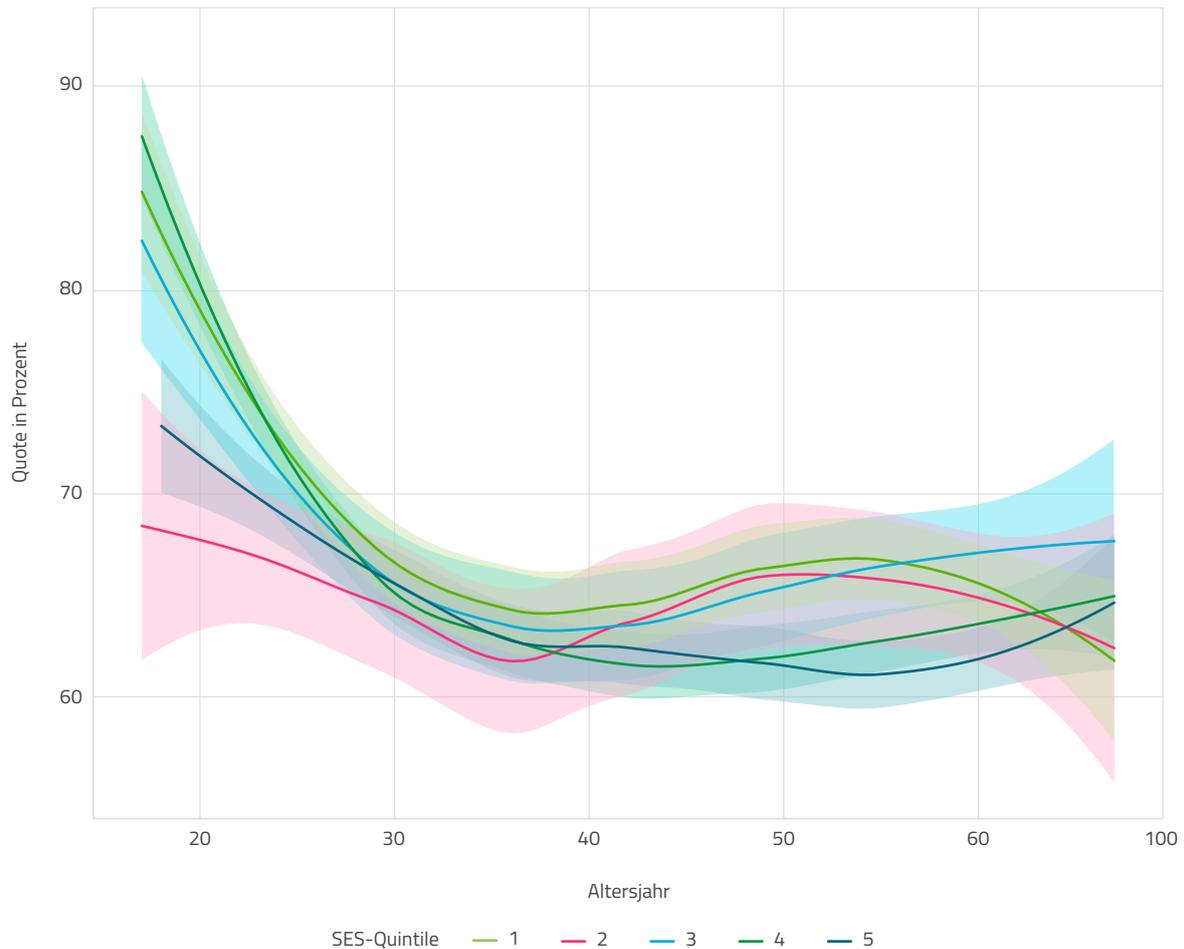
Auch die Intensität der Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen liegt zwischen den fünf GISD-Quintilen nach Regionen sehr dicht zusammen und entspricht somit der Verteilung der Morbidität (siehe Abbildung 16). Auf dieser Ebene der Betrachtung lässt sich kein Einfluss des Grades der Deprivation des Wohnorts auf die Heilmittelversorgung ableiten.

### **3.5 Haben der sozioökonomische Status (SES) und die sozioökonomische Deprivation des Wohnorts Einfluss auf die leitliniengerechte Verordnung physiotherapeutischer Leistungen bei Rückenschmerzpatienten?**

Im vorherigen Heilmittelreport 2022 sind wir der Frage nachgegangen, ob Patientinnen und Patienten mit chronischem unspezifischem Rückenschmerz eine leitliniengerechte physiotherapeutische Versorgung erhalten. Dabei ist die Versorgung mit aktivierenden physiotherapeutischen Behandlungen wie Krankengymnastik leitliniengerecht, während passive Maßnahmen, wie Massagetherapie und die manuelle Therapie, nicht oder nur eingeschränkt in den Versorgungsleitlinien empfohlen werden (NVL, 2017).

Das beobachtete Patientenkollektiv wurde gebildet aus Fällen, in denen eine neue Diagnose unspezifischen Rückenschmerzes in zwei Quartalen kodiert wurde und für die mindestens eine Verordnung physiotherapeutischer Leistungen erfolgte. Dieses Kollektiv wurde in der oben beschriebenen Weise in die Quintile des SES-Scores und des GISD eingeteilt. Das Lebensalter der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten wurde in der Spanne von 18 bis 65 Jahren gewählt.

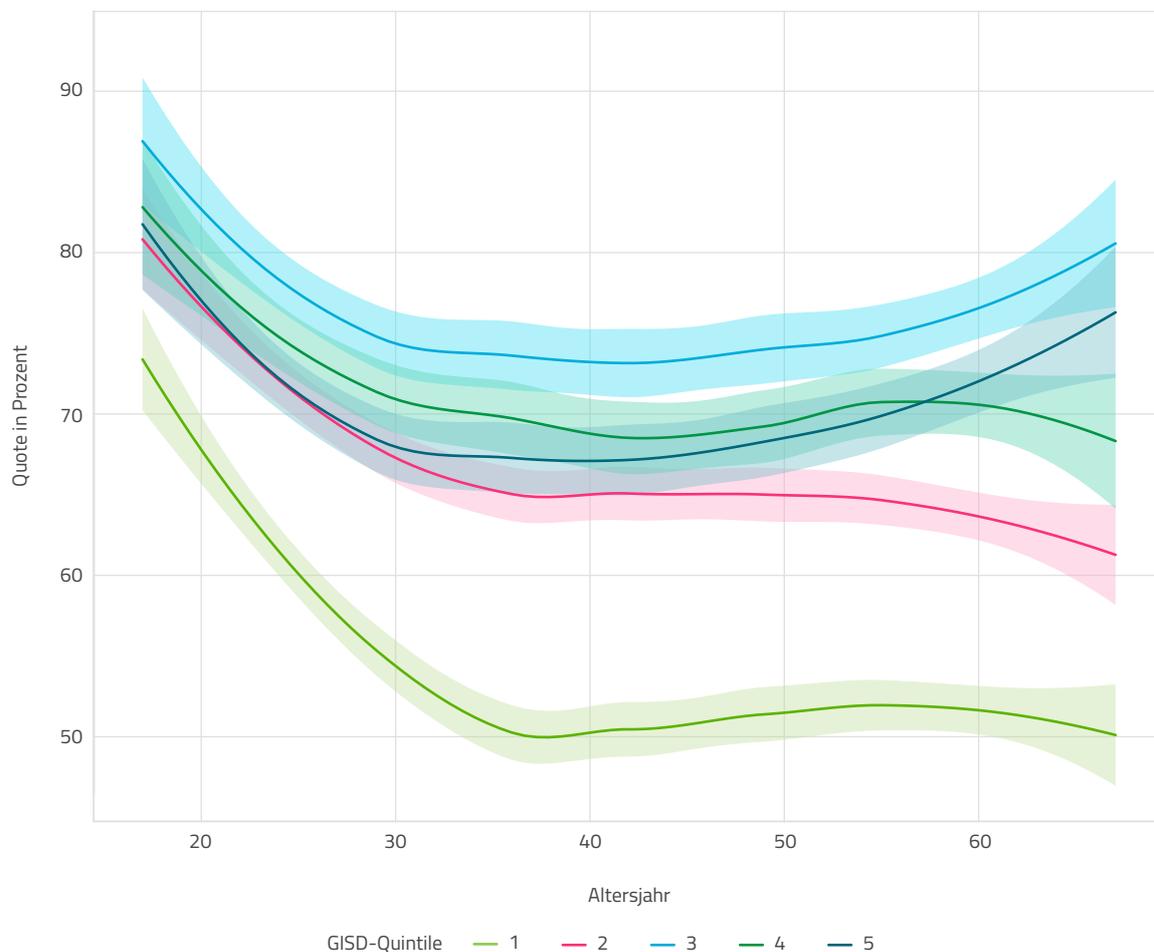
Abbildung 20: Quote der Rückenschmerzpatientinnen und Patienten mit nach Leitlinien empfohlenen physiotherapeutischen Leistungen in SES-Quintilen 2019 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2019, eigene Berechnungen

Der sozioökonomische Status zeigt bei Betrachtung der Quote von leitliniengerechten physiotherapeutischen Leistungen einen eng beieinanderliegenden Verlauf über die Altersklassen hinweg, insbesondere ab dem 30. Lebensjahr. Die SES-Quintile 4 und 5 mit dem höchsten sozioökonomischen Status zeigen ab dem Lebensalter von Mitte 40 ein Absinken der Quote leitliniengerechter Verordnung von rund 66 Prozent auf etwa 60 Prozent und ein deutliches Unterschreiten der Quoten in den SES-Quintilen 1 bis 3. Damit erhalten Patientinnen und Patienten mit chronisch unspezifischem Rückenschmerz eine schlechtere, weil weniger leitliniengerechte Versorgungsqualität in der Physiotherapie. Dieses Ergebnis überrascht, sollte man doch gemeinhin davon ausgehen, dass der höhere Bildungsstand in den SES-Quintilen 4 und 5 die Einsicht in leitliniengerechte Therapieformen eher erleichtern sollte. Eine eindeutige Interpretation der Ergebnisse ist jedoch nicht möglich. Die Konfidenzintervalle der SES-Profile überlappen sich, das heißt, es bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Abbildung 21: Quote der Rückenschmerzpatientinnen und Patienten mit nach Leitlinien empfohlenen physiotherapeutischen Leistungen nach GISD-Quintilen 2019 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2019, eigene Berechnungen

Bei der Betrachtung der regionalen sozialen Komponente zeigen die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Regionen mit der höchsten Deprivation (GISD-Quintil 1) über alle Altersgruppen eine deutliche Abweichung bei der Quote nach unten. Der Abstand zu den anderen Gruppen beträgt über 20 Prozentpunkte und ist damit sehr signifikant.

Gibt dieses Ergebnis nun einen Hinweis darauf, warum in „ärmeren“ Regionen Rückenschmerzpatientinnen und -patienten wesentlich weniger leitliniengerecht versorgt werden? Ein Blick in die regionale Verordnung der Regionen des GISD-Quintils 1 zeigt, dass diese fast ausschließlich in den neuen Bundesländern liegen. Die Regionalanalyse im letzten Heilmittelreport der BARMER 2022 hatte bereits gezeigt, dass der Anteil leitliniengerechter Verordnung von Krankengymnastik in den südlichen neuen Bundesländern bei lediglich 30 Prozent liegt, während zu fast 50 Prozent die nur sehr bedingt empfohlene manuelle Therapie verordnet wird. Es konnte gezeigt werden, dass als Ursachen sowohl spezifisches ärztliches Verordnungsverhalten und entsprechende Patientenerwartungen relevant sind. Bei der Angebotsstruktur ist festzustellen, dass in den neuen Bundesländern in Relation zur Bevölkerungszahl eine hohe Angebotsdichte von Physiotherapiebetrieben gegeben ist (siehe Abbildung 7). Aufgrund dieser Erkenntnislage ist ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Grad der Deprivation einer Region und der leitliniengerechten Verordnungsqualität für Rückenschmerzpatientinnen und -patienten trotz der scheinbar eindeutigen Ergebnisse nicht anzunehmen.

## 4 Versorgungsanalyse zur manuellen Lymphdrainage (MLD)

### 4.1 Leistungsdefinition und Richtlinien zur manuellen Lymphdrainagen

#### Funktionsweise und Ziele der Behandlung mit manueller Lymphdrainage

In den Heilmittel-Richtlinien des G-BA wird Folgendes ausgeführt: „Manuelle Lymphdrainage (MLD) ist eine spezielle Massagetechnik, die einen Dehnungsreiz auf Kutis und Subkutis ausübt. Sie führt zu einer Erhöhung des Lymphabflusses in den Lymphkolektoren, zu einer konsekutiven Zunahme der Lymphbildung (die Aufnahme der Gewebeflüssigkeit in die initialen Lymphgefäße) und hierdurch zu einer Reduktion des krankhaft erhöhten interstitiellen Flüssigkeitsgehalts. Ergänzende manuelle Techniken haben das Ziel der Erweichung der Gewebeinduration (insbesondere ab Stadium II einschließlich der Vermeidung einer irreversiblen Chronifizierung und Entstehung von lymphostatischen Fibrosen). Weitere Wirkungen können die Schmerzlinderung und Tonussenkung sein, sofern sie im Zusammenhang mit der Lymphabflussstörung auftreten. Ist eine Kompressionsbandagierung (Lymphologischer Kompressionsverband) erforderlich, kann diese in Ergänzung der MLD erfolgen. Eine zusätzlich verordnete Kompressionsbandagierung hat im Anschluss an die Therapiezeit der MLD zu erfolgen. Erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel zu verordnen, sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind“ (G-BA, 2023a).

#### Die manuelle Lymphdrainage im Heilmittelkatalog der Heilmittel-Richtlinien

Im Heilmittelkatalog werden die Leistungen der MLD für die ärztliche Verordnung bestimmten Diagnosegruppen und Symptommatiken zugeordnet und Regelungen zur Verordnungsmenge und Frequenz getroffen.

Im Vertrag gemäß § 125 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V „Leistungen der Physiotherapie“ werden die Einheiten der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit diesen Leistungen vereinbart. Der Vertrag wird zwischen den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringenden und dem GKV-SV geschlossen und gilt einheitlich bundesweit für alle gesetzlichen Krankenkassen. Die nachfolgende Tabelle 9 beinhaltet die Leistungsziffern der MLD und deren Vergütungen im Jahr 2023.

Abbildung 22: Inhalte des Heilmittelkatalogs zu Lymphabflussstörungen

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
<p>LY</p> <p><b>Lymphabflussstörung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stadium I: Ödem von weicher Konsistenz, Hochlagern reduziert</li> <li>Stadium II: Ödem mit sekundären Gewebeveränderungen, Hochlagern beseitigt die Schwellung nicht</li> <li>Stadium III: deformierende harte Schwellung, z. T. lobuläre Form, z. T. mit typischen Hautveränderungen.</li> <li>Lipödem im Stadium I bis III (auch ohne Lymphödem)</li> </ul> <p>z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Primäres hereditäres Lymphödem</li> <li>Sekundäre Lymphödeme, z. B. nach operativen Eingriffen, nach Bestrahlung, malignen Prozessen, traumatisch/post-traumatisch</li> <li>Phlebo-Lymphödem</li> </ul>	<p><b>a)</b> Schädigung der Lymphgefäße, Lymphknoten, Kapillaren</p> <p><b>b)</b> Schädigung der Haut (Verdickung von Kutis, Subkutis, trophische Veränderungen der Epidermis)</p> <p><b>c)</b> Schmerzen</p> <p><b>d)</b> [patientenindividuelle Symptomatik]</p>	<p><b>Vorrangige Heilmittel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>MLD-30</li> <li>MLD-30 + Kompressionsbandagierung*</li> <li>MLD-45</li> <li>MLD-45 + Kompressionsbandagierung*</li> <li>MLD-60</li> <li>MLD-60 + Kompressionsbandagierung*</li> </ul> <p><b>Ergänzende Heilmittel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wärmetherapie (insbesondere heiße Rolle)</li> <li>Kältetherapie</li> <li>Elektrotherapie</li> <li>Übungsbehandlung</li> <li>Übungsbehandlung Gruppe</li> <li>Übungsbehandlung im Bewegungsbad</li> <li>Übungsbehandlung im Bewegungsbad Gruppe</li> </ul>	<p><b>Höchstmenge je VO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>bis zu 6x/VO</li> </ul> <p><b>Orientierende Behandlungsmenge:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>bis zu 30 Einheiten</li> </ul> <p><b>Frequenzempfehlung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1–3x wöchentlich</li> </ul> <p>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</p> <p>Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1a SGB V siehe Anlage 2</p> <p>* Erforderliche Kompressionsbinden sind als Verbandsmittel gesondert zu verordnen, sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind.</p>

Quelle: Heilmittelrichtlinien zweiter Teil – Heilmittelkatalog (G-BA, 2023b)

**Tabelle 9: Abrechnungsziffern und Vergütungen der manuellen Lymphdrainage und Bandagierung im Jahr 2023**

Abrechnungsziffer	Leistungsinhalt	Regelbehandlungszeit	Vergütung 2023
X0205	Manuelle Lymphdrainage ▪ Teilbehandlung	30 Minuten	32,46 €
X0201	Manuelle Lymphdrainage ▪ Großbehandlung	45 Minuten	48,67 €
X0202	Manuelle Lymphdrainage ▪ Ganzbehandlung	60 Minuten	64,91 €
X0204	Kompressionsbandagierung einer Extremität	ohne	20,68 €

Quelle: Vergütungsvereinbarung Physiotherapie gültig ab 1. Januar 2023 (vdek, 2023a)

### Zusätzliche Qualifikationen der Therapeutinnen und Therapeuten für MLD

Für die Heilmittelverträge der Krankenkassen und Leistungserbringenden sind die Vorgaben des G-BA zur Leistungsdefinition verbindlich. In Anlage 7 (Weiterbildung) zum Vertrag zur Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie zwischen der GKV und den Verbänden der Leistungserbringenden wird das Nähere zu den besonderen Qualifikationen ausgeführt, die Physiotherapeutinnen und -therapeuten vor Abrechnung bestimmter Leistungen nachweisen müssen (vdek, 2023b). Zur Erläuterung dieser sogenannten Zertifikatsleistungen wird Folgendes ausgeführt: „Gemäß § 17 Abs. 2 der Heilmittel-Richtlinie können einzelne Leistungen (Zertifikatsleistungen) der Physiotherapie nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden, wenn die Therapeutin oder der Therapeut eine über die Berufsausbildung hinausgehende Qualifikation besitzt. Deshalb bedarf es für die Abgabe einer Zertifikatsleistung zu Lasten der GKV einer Abrechnungserlaubnis. Die Abrechnungserlaubnis bezieht sich stets ausschließlich auf die Absolventin oder den Absolventen der Weiterbildung. Eine Abrechnungserlaubnis ist von den zuständigen Arbeitsgemeinschaften gemäß § 124 Abs. 2 SGB V zu erteilen, wenn der zugelassene Leistungserbringer nachweist, dass er oder einer seiner Leistungserbringer eine Qualifikation entsprechend den nachfolgend beschriebenen Anforderungen erworben hat“ (vdek, 2023b). Zur manuellen Lymphdrainage werden folgende Vorgaben zum Erwerb der Qualifikation gemacht: „Die Manuelle Lymphdrainage wird – meistens in Kombination mit einer Kompressionsbehandlung – zur Therapie von Ödemen angewandt, die einer medikamentösen Behandlung nicht zugänglich sind oder bei denen mit entwässernden Medikamenten allein keine befriedigende Ödemabnahme erzielt werden kann. Da sich die Manuelle Lymphdrainage in der Grifftechnik und in der Systematik erheblich von anderen Massagetechniken unterscheidet, erfolgt die Erweiterung und Vertiefung der Kenntnisse und Fähigkeiten in einer speziellen Weiterbildung, die in ein Kurssystem gliedert ist.“

Die Vermittlung des Lehrinhaltes erfolgt im Rahmen eines ärztlichen theoretischen Unterrichts sowie in praxisbegleitenden theoretischen und praktischen Unterrichtseinheiten:

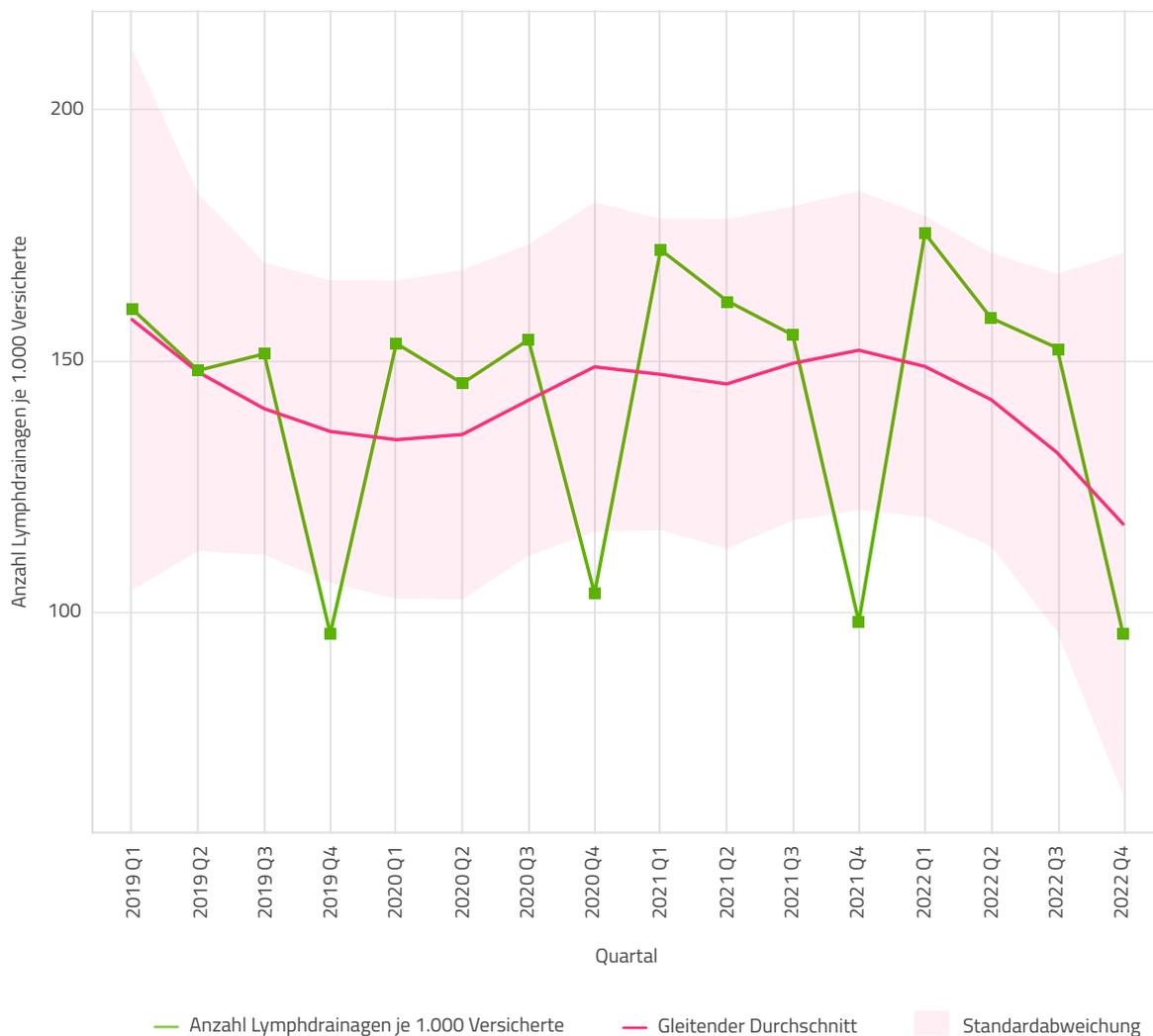
1. Die Teilnehmer an der Weiterbildung müssen eine abgeschlossene Berufsausbildung als Masseur / Masseur und medizinischer Bademeister oder als Krankengymnast/Physiotherapeut nachweisen.
2. Die Mindestdauer der Weiterbildung beträgt 170 Unterrichtseinheiten.
3. Die Weiterbildung kann in einem vierwöchigen Kurs oder in zwei Kursabschnitten (Basis- und Therapiekurs) erfolgen.
4. Weitere detaillierte Anforderungen an die Weiterbildungsträger, das auszustellende Zertifikat sowie die ärztlichen und physiotherapeutischen Fachlehrer“ (vdek, 2023b).

Abbildung 6 zeigt, dass sich fast alle Physiotherapiebetriebe, die sich zur Behandlung innerhalb der GKV angemeldet haben, ebenfalls für die Zertifikatsleistung der manuellen Lymphdrainage qualifiziert haben. Daher ist von einem flächendeckenden Versorgungsangebot auszugehen.

## 4.2 Empirische Analyse der Verordnungen und Abrechnungen von manuellen Lymphdrainagen (MLD) in Deutschland

Die GKV Heilmittel-Schnellinformation (HIS-Berichte) weist für das Jahr 2022 für die MLD 45 Minuten einen Umsatz von 758 Millionen Euro und einen Umsatzanteil von 11,4 Prozent an den Leistungen der Physiotherapie aus (GKV-SV, 2023a). Die hier nicht gesondert ausgewiesenen Leistungen der MLD 30 und 60 Minuten verursachen insgesamt noch einmal Ausgaben in gleicher Höhe wie die MLD 45. Insofern erreicht der Umsatzanteil dieser Leistungen mit etwa einem Fünftel einen wesentlichen Teil der Physiotherapieumsätze.

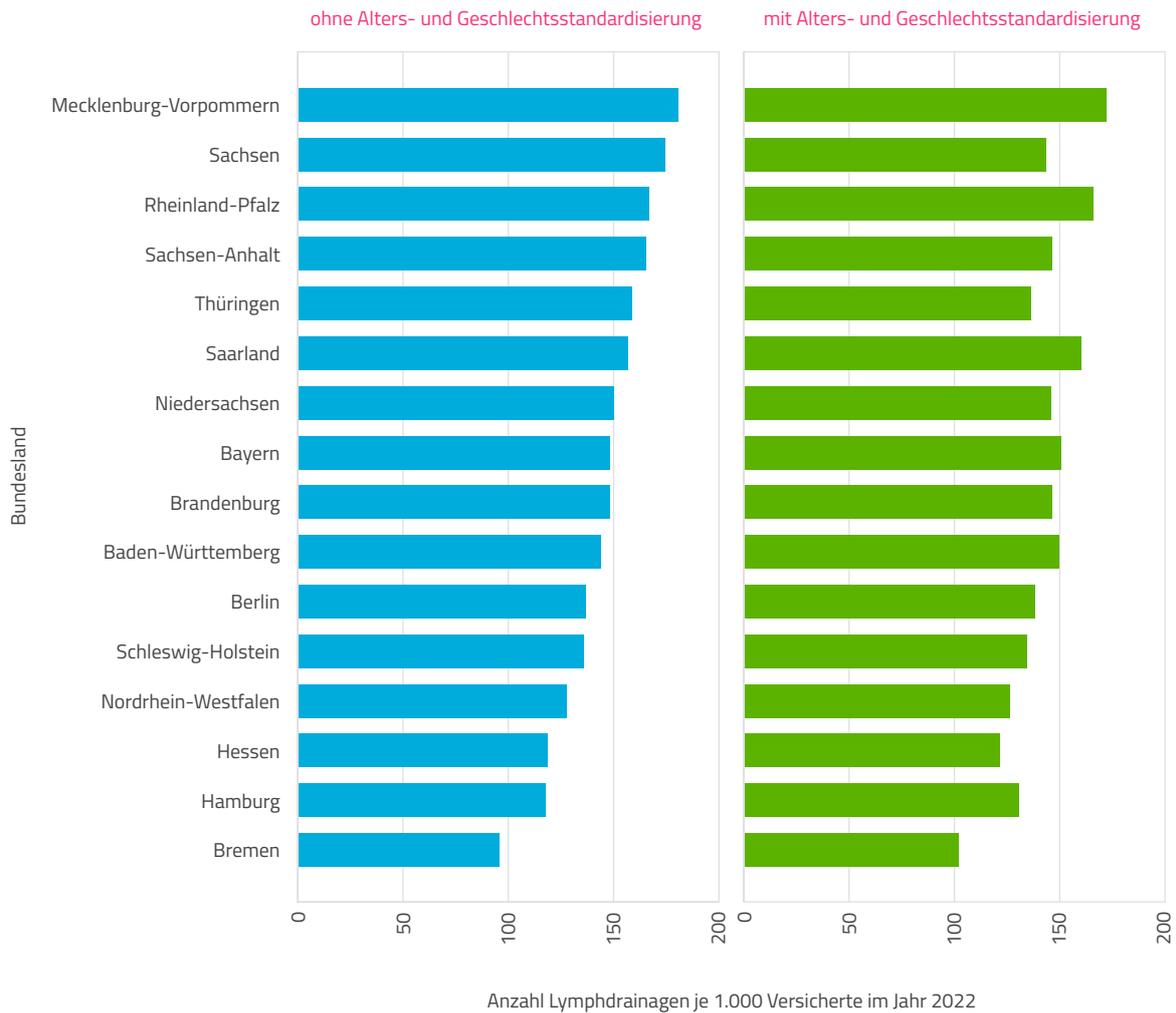
Abbildung 23: Patientinnen und Patienten mit Leistungen manueller Lymphdrainagen je 1.000 Versichertenjahre 2019 bis 2022 in Quartalen



Quelle: BARMER-Abrechnungsdaten 2019 bis 2022, hochgerechnet auf GKV

Der Anteil von Versicherten, die Leistungen der MLD erhalten, ist im betrachteten Zeitraum von 2019 bis 2022 recht konstant und liegt bei rund 15 Prozent. In den vierten Quartalen werden traditionell weniger physiotherapeutische Leistungen abgerechnet, daher ist hier ein entsprechender Rückgang auf etwa zehn Prozent der Versicherten zu verzeichnen.

**Abbildung 24: Relative Häufigkeit von Patientinnen und Patienten mit Leistungen manueller Lymphdrainagen nach Ländern, mit und ohne standardisierte Betrachtung der Bevölkerung im Land**



Quelle: BARMER-Abrechnungsdaten 2022

Die neuen Bundesländer bilden die Spitzengruppe bei der relativen Häufigkeit von Patientinnen und Patienten mit Leistungen der manuellen Lymphdrainage. Allerdings ändert sich die Reihenfolge deutlich, wenn die Altersverteilung der Wohnbevölkerung in den Ländern standardisiert wird (rechts). Unter der Annahme, dass in jedem Bundesland die Altersverteilung identisch ist, bilden die Länder Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und das Saarland mit deutlichem Abstand die Spitzengruppe. Gegenüber dieser Gruppe haben die Länder NRW, Hessen und Bremen nur eine in etwa drei viertel so hohe Inanspruchnahme zu verzeichnen.

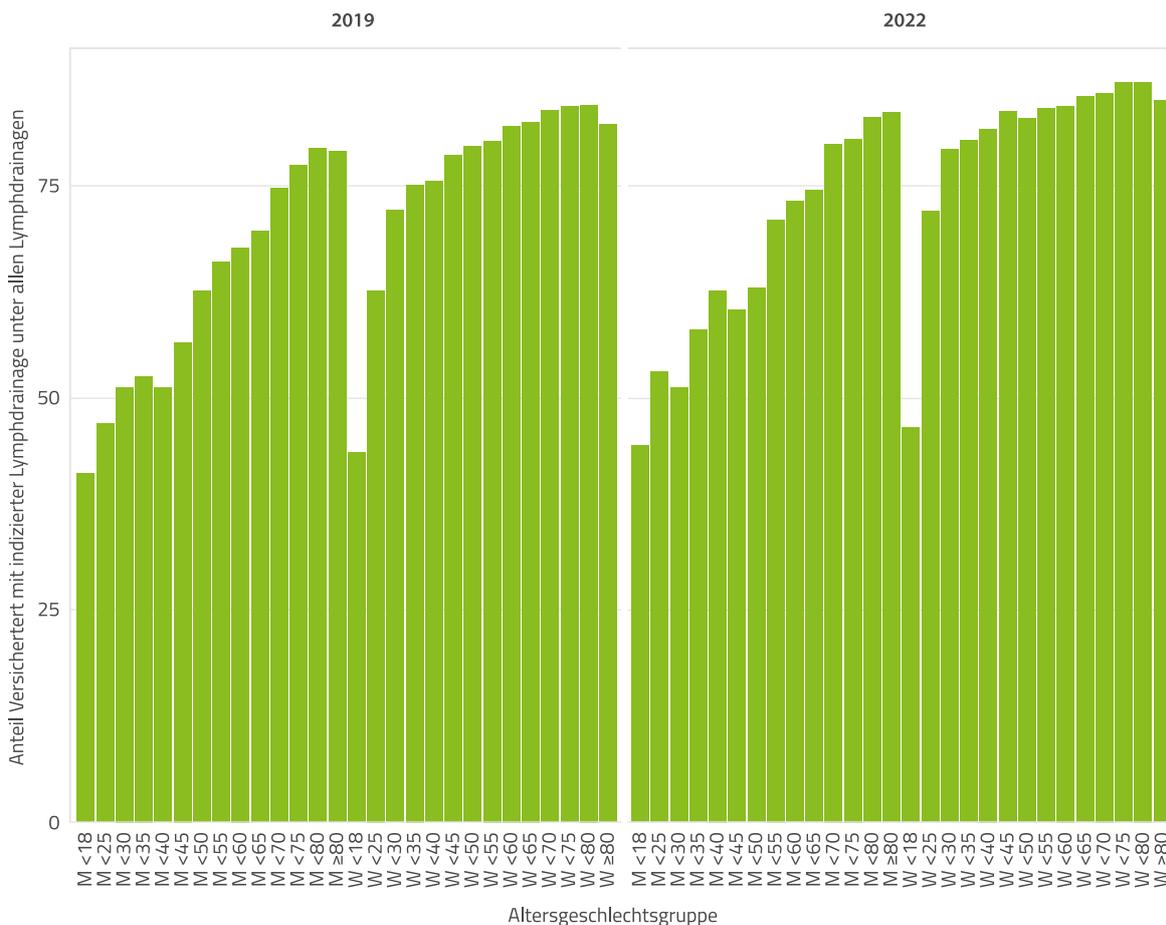
#### 4.2.1 Verordnungsqualität: Indikationsgerechtigkeit der Verordnung manueller Lymphdrainage

Einen aktuellen Überblick und eine Bewertung der aktuellen Studienlage zur Behandlung des Lymphödems bietet der umfangreiche HTA-Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) „Fortgeschrittenes Lymphödem – Lassen sich durch nicht medikamentöse Verfahren die Symptome lindern?“, veröffentlicht im April 2022 (IQWiG, 2022).

Eine abschließende Bewertung des Nutzens konnte nicht festgestellt werden, denn: „Es konnte keine Studie gefunden werden, in der die komplexe physikalische Entstauungstherapie – die aktuelle Standardtherapie, bestehend aus den fünf Komponenten manuelle Lymphdrainage, Kompressionsbandagierung, Bewegungstherapie, Hautpflege und Schulung zur Selbstbehandlung – in ihrer Gesamtheit untersucht wurde.“ Zudem war die Übertragbarkeit der Studienergebnisse eingeschränkt, weil „in den Studien fast ausschließlich Betroffene mit Armlymphödem nach Brustkrebstherapie untersucht wurden. Zu Patientengruppen mit anderen Indikationen und anderen Lokalisationen des Lymphödems, beispielsweise an den Beinen oder im Kopf-Hals-Bereich, wurden nur wenige beziehungsweise keine Studien identifiziert“. So wird seitens des IQWiG zumindest festgestellt, dass die anzustrebende Therapie des Lymphödems aus einer Kombination manueller Lymphdrainage und einer kontinuierlichen Kompressionstherapie (mittels Bandagen oder Strümpfen) besteht. Wie es in der Realität um die tatsächliche Versorgungssituation bestellt ist, wird im nächsten Kapitel untersucht. Nun wird zunächst die Indikationsqualität bei Verordnung der MLD empirisch betrachtet.

Dazu wird untersucht, ob Patientinnen und Patienten mit Leistungen der MLD „passende“ ambulante oder stationäre Diagnosen aufweisen. Dafür wird einerseits die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf für die Verordnung manueller Lymphdrainage (Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie) zugrunde gelegt. Hier finden sich alle ICD-10-Diagnosen zum Lymphödem sowie sämtliche Diagnosen von Krebserkrankungen. Verbrennungen und Verätzungen dritten Grades werden ebenfalls als Indikationen für einen langfristigen Heilmittelbedarf manueller Lymphdrainagen benannt (G-BA 2023a, Anlage 2). Darüber hinaus wurde ein umfangreicher Katalog erstellt, mit ebenfalls auf das Vorliegen eines Lymphödems hinweisenden Diagnosen. Darin enthalten sind insbesondere das komplexe Schmerzsyndrom, Verlust und Reduktionsdefekte der Extremitäten und das Vorhandensein einer Hüft- oder Kniegelenksprothese.

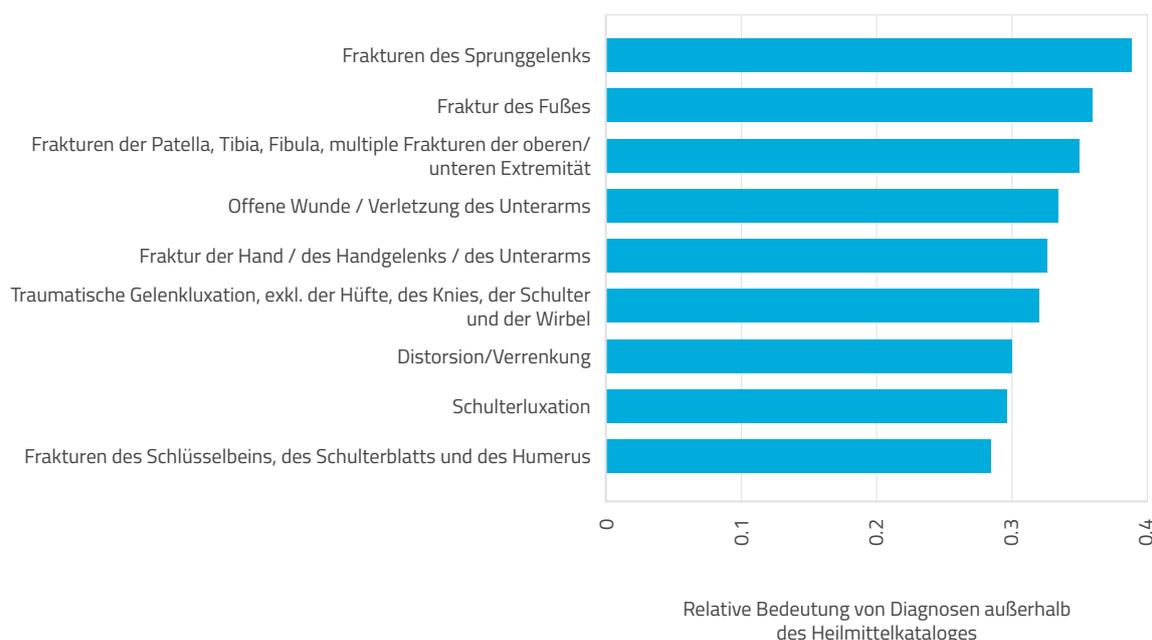
Abbildung 25: Anteil von Patientinnen und Patienten mit indikationsgerechter Lymphdrainage 2019 und 2022 nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: BARMER-Abrechnungsdaten 2019 und 2022

Die Analyse in Abbildung 25 zeigt, dass insgesamt für Frauen in fast jeder Altersgruppe zu 75 bis 80 Prozent eine Diagnose aus der oben genannten Liste vorliegt, die auf das Vorliegen eines Lymphödems hindeutet. Bei Männern hingegen wird dieser Grad an Indikationsqualität erst ab einem Alter von 70 Jahren und älter erreicht. In den jüngeren Jahrgängen liegt die Indikationsqualität lediglich bei rund 60 Prozent. Das bedeutet, dass mehr als ein Drittel der Männer dieser Altersgruppen MLD verordnet bekommen, obwohl keine entsprechende Diagnose verschlüsselt wurde.

Abbildung 26: Top-9-Diagnosen außerhalb des Indikationsbereichs



Quelle: BARMER-Abrechnungsdaten 2022

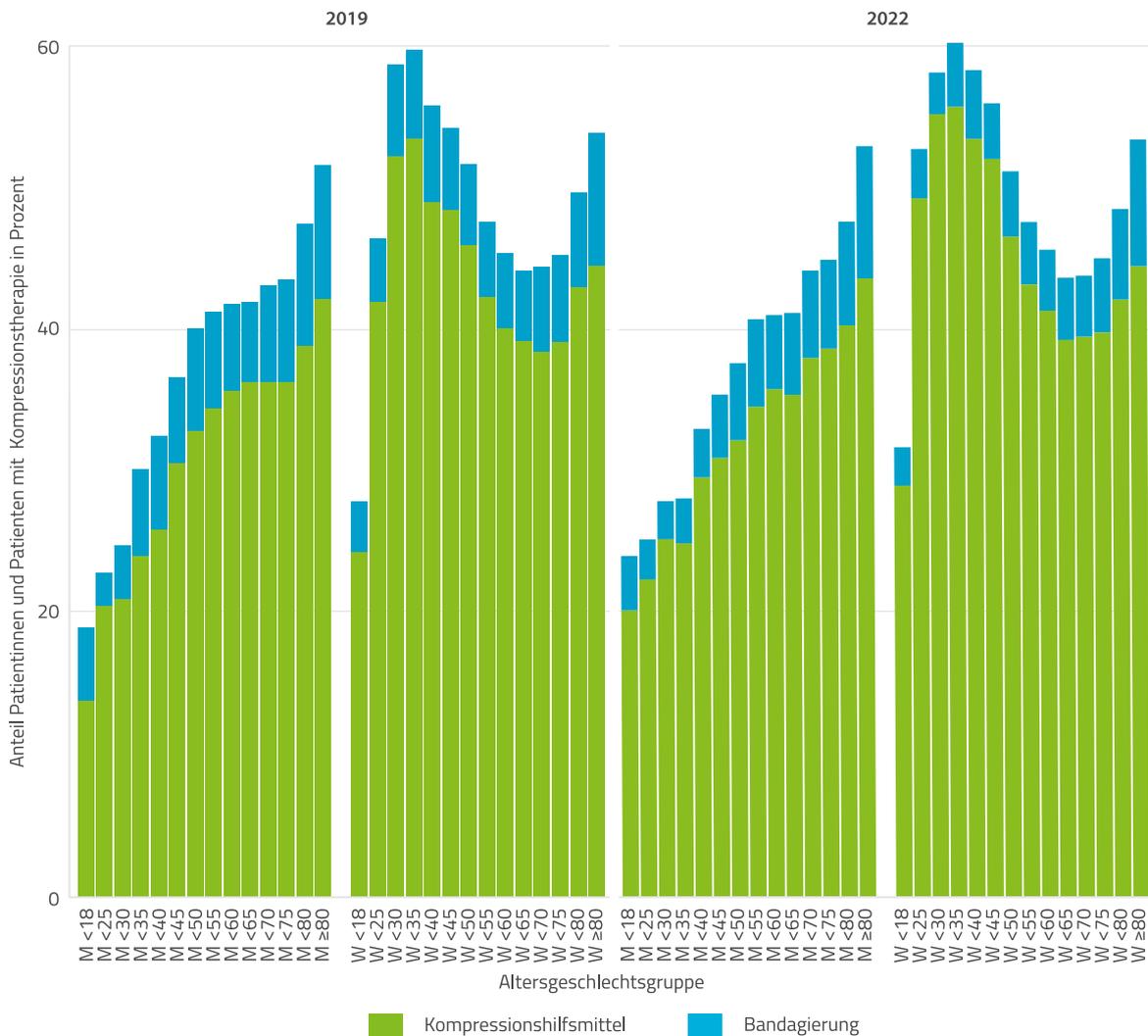
Die Analyse der häufigsten Diagnosen außerhalb der auf Lymphödeme hinweisenden Diagnosen zeigt ein eindeutiges Bild: Frakturen, Luxationen und Verrenkungen an einer Extremität bilden die gesamte Topliste. Durch diese Ereignisse werden in etwa 25 Prozent der Fälle physiologische Ödeme in Läsionsnähe verursacht, die jedoch reversibel sind und grundsätzlich keiner Entstauungstherapie bedürfen. Im Einzelfall könnte die Entstauungstherapie eines physiologischen Ödems den Heilungsverlauf möglicherweise fördern, hierzu gibt es jedoch lediglich Hinweise aus einzelnen Studien (Hirsch, 2017). Posttraumatische Lymphödeme, die durch Verletzungen der Lymphgefäße entstehen sind hingegen eindeutig innerhalb des Indikationsbereiches der MLD. Angesichts eines Anteils von etwa 20 Prozent nicht indizierter MLD ist jedoch davon auszugehen, dass die MLD zur Entstauung physiologischer Ödeme nach Verletzung auf eine mangelnde Versorgungsqualität und eine Überversorgung hinweist.

#### 4.2.2 Versorgungsqualität: indikationsgerechte Verordnung manueller Lymphdrainage und Kompressionstherapie

Der Deutsche Verband für Physiotherapie (ZVK) gliedert die Anwendung der manuellen Lymphdrainage und der Kompressionstherapie in zwei Phasen: „Die Phase I der Entstauung bedeutet tägliche Lymphdrainagetherapie, Hautpflege, Kompressionstherapie mit Bandagen und Entstauungstherapie, die Phase II bedeutet Manuelle Lymphdrainage nach Bedarf und Kompression mit einem nach Maß angefertigten Kompressionsstrumpf und Gymnastik zur Entstauung“ (ZVK 2024). Dies entspricht ebenfalls der oben geschilderten Einschätzung des IQWiG im HTA-Bericht (IQWiG, 2022), den Heilmittel-Richtlinien des G-BA. Dementsprechend heißt es im Vertrag zur Physiotherapie: „Die Manuelle Lymphdrainage wird – meistens in Kombination mit einer Kompressionsbehandlung – zur Therapie von Ödemen angewandt, die einer medikamentösen Behandlung nicht zugänglich sind oder bei denen mit entwässernden Medikamenten allein keine befriedigende Ödemabnahme erzielt werden kann“ (vdek, 2023b). Kurz formuliert: Manuelle Lymphdrainage und Kompressionstherapie sind in Kombination die sachgerechte Regeltherapie der Entstauungstherapie.

Die folgende Abbildung zeigt, wie hoch der Anteil der Patientinnen und Patienten mit indikationsgerechter manueller Lymphdrainage ist, die begleitend eine Kompressionstherapie mittels Bandagierung oder angefertigtem Kompressionsstrumpf erhalten.

**Abbildung 27: Anteil der Patientinnen und Patienten mit indikationsgerechter MLD-Verordnung und Kompressionstherapie 2019 und 2022 nach Alters- und Geschlechtsgruppen**

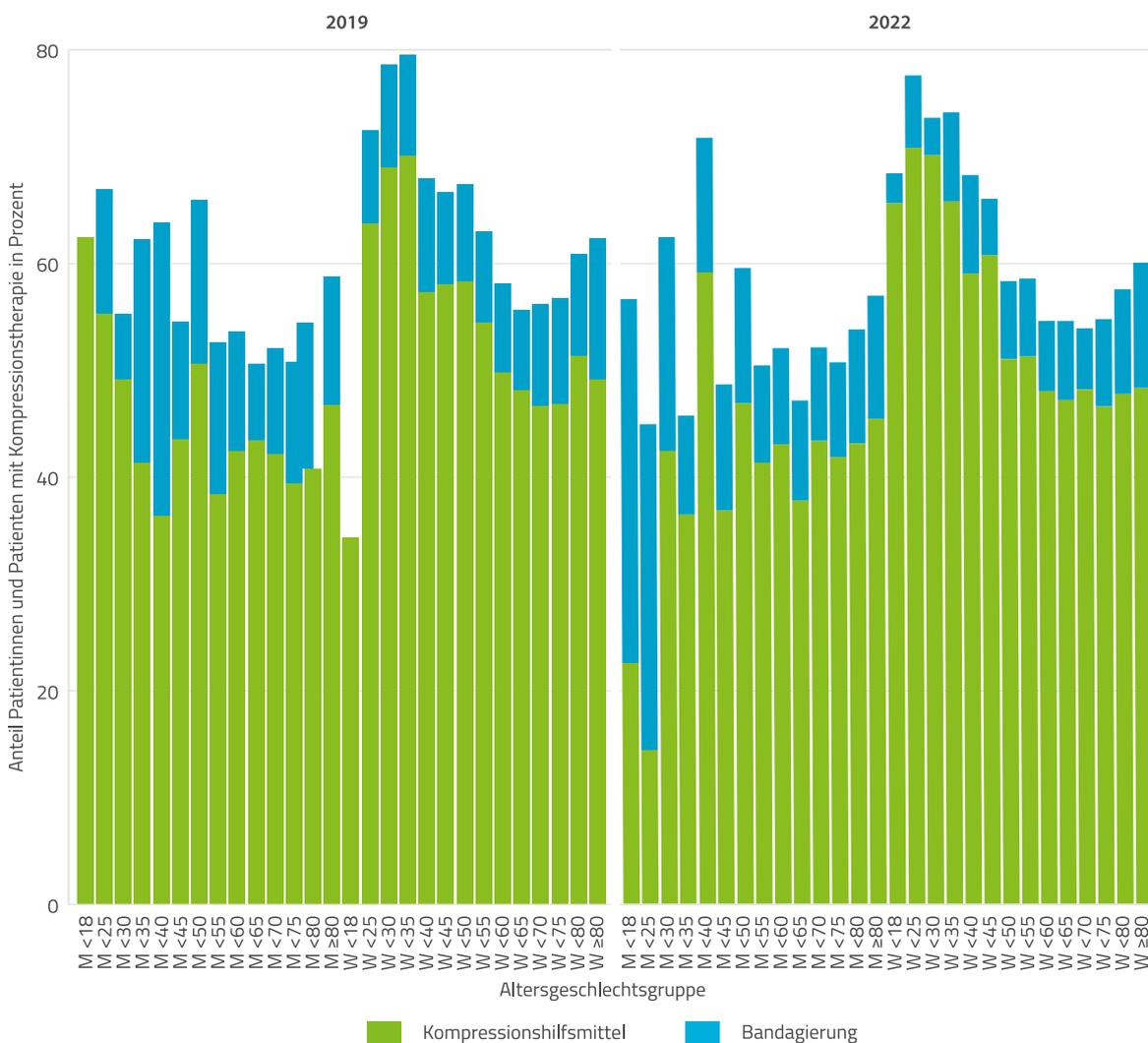


Quelle: BARMER-Abrechnungsdaten 2019 und 2022

In den beiden betrachteten Jahren 2019 und 2022 zeigt sich für Patientinnen und Patienten mit einer klaren Indikation ein fast identisches Bild: Männliche Patienten mit Leistungen der manuellen Lymphdrainage erhalten nur zu einem Anteil von deutlich unter 50 Prozent eine begleitende Kompressionstherapie. Diese Quote ist bei Patientinnen deutlich höher, allerdings liegt der Anteil in den jüngeren Lebensaltern auch nur bei etwa 60 Prozent und sinkt in den höheren Lebensjahren auf das Niveau der männlichen Patienten von unter 50 Prozent. Der Anteil der Kompressionsbandagierung ist in allen Alters- und Geschlechtsgruppen gering und im Jahr 2022 gegenüber 2019 sogar auf einem noch niedrigeren Niveau. Die Bandagierung erfolgt zumeist in der Anfangsphase der Therapie, wenn die Größe des Lymphödems und damit der Umfang der Extremität noch Schwankungen unterliegt und somit die Anpassung einer Kompressionsbestrumpfung noch nicht angezeigt ist.

Bei den oben aufgeführten Ergebnissen könnte man noch einwenden, ob nicht kurzfristige MLD-Therapien überwiegen, die eine Versorgung mit Kompressionsstrümpfen unnötig erscheinen lassen. Daher werden in der folgenden Abbildung ausschließlich Versicherte mit einer MLD-Langzeittherapie betrachtet. Eingeschlossen wurden ausschließlich Patientinnen und Patienten, die mindestens fünf Verordnungen MLD im gesamten Kalenderjahr erhalten haben.

**Abbildung 28: Anteil der Patientinnen und Patienten mit indikationsgerechter und langfristiger MLD-Verordnung und Kompressionstherapie 2019 und 2022 nach Alters- und Geschlechtsgruppen**



Quelle: BARMER-Abrechnungsdaten 2019 und 2022

Auch bei dem Personenkreis der MLD-Langzeitpatienten liegt die Quote der parallel mit Kompressionstherapie behandelten durchschnittlich unter 60 Prozent und damit nur etwa um zehn Prozentpunkte höher als bei allen MLD-Behandelten (Abbildung 27). Der Anteil der Bandagierungen ist bei den Langzeitpatienten höher, allerdings auch hier 2022 niedriger als 2019. Insgesamt zeigt sich auch für die weiblichen MLD-Langzeitpatienten ein erhebliches Absinken der Quote der Kompressionsversorgung ab dem Alter von etwa 50 Jahren. Dies ist besonders bedenklich, da Lymphödeme in Folge von Brustkrebsbehandlungen den bei weitem größten Anteil der langfristigen MLD-Behandlungen ausmachen.

### 4.2.3 Fazit zur Versorgungssituation manueller Lymphdrainagen

Die Analysen zeigen, dass in einem Umfang von etwa 20 Prozent die MLD ohne eindeutig plausible Indikation verordnet und abgerechnet wird. Insbesondere die Behandlung physiologischer Ödeme nach Unfällen oder Sportverletzungen bilden den größten Anteil dieser Fehlversorgungen. Einschränkend ist dabei darauf hinzuweisen, dass die Daten der Krankenkassen ausschließlich die abgerechneten Leistungen enthalten. Ob die Therapeutin oder der Therapeut bei diesen Fällen statt der MLD andere mobilisierende Maßnahmen durchgeführt hat, aber die MLD dann abgerechnet wurde, ist aus den Abrechnungsdaten der Krankenkassen nicht erkennbar. Die Diskussionen rund um die „Blankoverordnungen“ erscheint in Lichte dieser Erkenntnisse sinnvoll und nachvollziehbar.

Eine klare Unterversorgung ist bei der Kompressionstherapie von Patientinnen und Patienten mit Lymphödemem und länger- oder kurzfristiger MLD-Therapie zu erkennen. Angesichts der übereinstimmenden Einschätzungen, dass insbesondere eine längerfristige Therapie mit MLD nur Sinn macht, wenn die Schwellung zwischen den Therapiesitzungen mittels Kompression in Schach gehalten wird, ist eine Versorgungsquote von unter 60 Prozent unbefriedigend. Hier sind die behandelnden Vertragsärzte gefordert, darauf zu achten, dass neben der Verordnung der MLD auch immer die Kompressionstherapie verordnet wird.

## 5 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.

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	200	1.000	200	150	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 Patientinnen und Patienten mit Heilmittelbedarf (200/150). Um beide Regionen unabhängig von 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 Einwohner	Standardbevölkerung	Patienten (fiktiv)
Jung	100	750	75	100	750	75
Alt	233	1.250	292	200	1.250	250
Summe		2.000	367		2.000	325

In der Tabelle kann die fiktive Anzahl an Patientinnen und 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, 2023).

## Literaturverzeichnis

BA – Bundesagentur für Arbeit (2020). Klassifikation der Berufe 2010 – überarbeitete Fassung 2020, Bundesagentur für Arbeit. Verfügbar unter: [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KIaB2010-Fassung2020/Printausgabe-KIaB-2010-Fassung2020/Generische-Publikationen/KIaB2010-PDF-Version-Band1-Fassung2020.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=19](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KIaB2010-Fassung2020/Printausgabe-KIaB-2010-Fassung2020/Generische-Publikationen/KIaB2010-PDF-Version-Band1-Fassung2020.pdf?__blob=publicationFile&v=19) [23.05.2024].

BA – Bundesagentur für Arbeit (2022). Sozialversicherungspflichtige Bruttomonatsentgelte. Verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Methodische-Hinweise/BST-MethHinweise/Entgelt-meth-Hinweise.html> [23.05.2024].

BA – Bundesagentur für Arbeit (2023). Sonderauswertung des Entgeltatlas. Mediane der Bruttomonatsentgelte der sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten der Kerngruppe mit Angaben zum Entgelt nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008) und ausgewählten ausgeübten Tätigkeiten (KIaB 2010). Erstellt im Auftrag des bifg am 31. Juli 2023.

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

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003). Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (Dritte, neu bearbeitete Fassung). Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorenatz\\_der\\_Laender\\_2003.pdf](https://www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorenatz_der_Laender_2003.pdf) [27.05.2024].

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 (2023a). Gemeinsamer Bundesausschuss Heilmittel-Richtlinie. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL). Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/> [30.11.2023].

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2023b). Gemeinsamer Bundesausschuss Heilmittelrichtlinien zweiter Teil – Heilmittelkatalog. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL\\_2023-01-21\\_Heilmittelkatalog.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL_2023-01-21_Heilmittelkatalog.pdf) [20.05.2024].

GKV-SV – Spitzenverband der Krankenkassen (2023a). GKV-Spitzenverband – HIS-Berichte. GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland nach § 84 Abs. 5 i. V. m. Abs. 7 SGB V. Januar bis Dezember 2022. Verfügbar unter: [https://gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his\\_statistiken/2022\\_04/Bundesbericht-HIS\\_202204.pdf](https://gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2022_04/Bundesbericht-HIS_202204.pdf) [20.05.2024].

GKV-SV – Spitzenverband der Krankenkassen (2023b). GKV-Spitzenverband 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) [02.12.2023].

GKV-SV – Spitzenverband der Krankenkassen (2023c). GKV-Spitzenverband. 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) [30.11.2022].

Hirsch, T. (2017). Das posttraumatische Ödem. Verfügbar unter: [https://www.der-niedergelassene-arzt.de/fileadmin/user\\_upload/zeitschriften/vasomed/Artikel\\_PDF/2017/01-2017/Hirsch\\_Oedem.pdf](https://www.der-niedergelassene-arzt.de/fileadmin/user_upload/zeitschriften/vasomed/Artikel_PDF/2017/01-2017/Hirsch_Oedem.pdf) [19.06.2024].

IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2022). Health Technology Assessment im Auftrag des IQWiG, Fortgeschrittenes Lymphödem – Lassen sich durch nicht medikamentöse Verfahren die Symptome lindern? Verfügbar unter: <https://www.iqwig.de/sich-einbringen/themencheck-medizin/berichte/ht19-01.html> [20.05.2024].

Lampert, T., Kroll, L.E., Müters, S. & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, 56, 631-636. doi: 10.1007/s00103-012-1663-4.

Michalski, N., Reis, M., Tetzlaff, F., Herber, M., Kroll, L.E., Hövener, C., Nowossadeck, E. & Hoebel, J. (2022). German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. *Journal of Health Monitoring*, 7, doi: 10.25646/10640. NVL – Nationale Versorgungs Leitlinie (2017). Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Verfügbar unter: <https://www.leitlinien.de/themen/kreuzschmerz> [20.05.2024].

NVL – Nationale Versorgungs Leitlinie (2017). Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Verfügbar unter: <https://www.leitlinien.de/themen/kreuzschmerz> [18.06.2024].

Wende, Danny (2024). Die Abbildung des sozioökonomischen Status in den Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Verfügbar unter: <https://www.bifg.de/publikationen/gesundheitswesen-aktuell/gesundheitswesen-aktuell-2024> [19.06.2024].

RKI – Robert Koch-Institut (2024). Themenschwerpunkt: Sozialer Status und soziale Ungleichheit. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Sozialer\\_Status/sozialer\\_status\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Sozialer_Status/sozialer_status_node.html) [20.05.2024].

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), doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-090.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2020). Hochrechnung der Informationen aus der Haushaltebefragung. Verfügbar unter: <https://www.zensus2011.de/SharedDocs/Aktuelles/Hochrechnung.html> [23.05.2024].

vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (2023a). Anlage 2 Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V. Verfügbar unter: [https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/preisvereinbarungen/\\_jcr\\_content/par/download\\_1167653174/file.res/Physiotherapie\\_Aenderung\\_Anlage\\_2\\_Lesefassung.pdf](https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/preisvereinbarungen/_jcr_content/par/download_1167653174/file.res/Physiotherapie_Aenderung_Anlage_2_Lesefassung.pdf) [20.05.2024].

vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (2023b). Anlage 7 – Weiterbildung zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V. Verfügbar unter: [https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag/\\_jcr\\_content/par/download\\_1602390032/file.res/20210801\\_Physiotherapie\\_Anlage\\_7\\_Weiterbildung.pdf](https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag/_jcr_content/par/download_1602390032/file.res/20210801_Physiotherapie_Anlage_7_Weiterbildung.pdf) [20.05.2024].

WIdO – Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (2020). Heilmittelbericht 2020. Verfügbar unter: <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/heilmittelbericht/2020/> [20.05.2024].

ZVK – Deutscher Verband für Physiotherapie (2024). Manuelle Lymphdrainage. Verfügbar unter: <https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/wichtige-therapien-auf-einen-blick/manuelle-lymphdrainage.html> [18.06.2024]

## Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundesagentur für Arbeit
GISD	German Index of Socioeconomic Deprivation
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
MLD	Manuelle Lymphdrainage
RKI	Robert Koch-Institut
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SSSST	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
vdek	Verband der Ersatzkassen
ZNS	Zentrales Nervensystem
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ausgaben und Verordnungsmenge 2017 bis 2022 nach Leistungsarten der Heilmittelversorgung .....	4
Abbildung 2:	Anteil der Versicherten mit Verordnung von Heilmitteln nach Alter und Geschlecht (links) und nach Leistungsbereichen (rechts) im Jahr 2022 .....	5
Abbildung 3:	Heilmittelausgaben je Versicherten der Jahre 2018 und 2022 nach Bundesländern ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung .....	6
Abbildung 4:	Heilmittelausgaben je Versicherten der Jahre 2018 und 2022 nach Bundesländern mit Alters- und Geschlechtsstandardisierung .....	7
Abbildung 5:	Verordnungen je 1.000 Versicherte 2018 und 2022 nach Bundesländern ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung .....	8
Abbildung 6:	Anzahl Leistungserbringerbetriebe nach Berufsgruppen und Zusatzqualifikationen in der Physiotherapie über die Jahre 2018 bis 2022 und prozentuale Entwicklung .....	9

Abbildung 7:	Relation der Anzahl an GKV-Versicherten zur Anzahl der Physiotherapiebetriebe auf Landesebene für die Jahre 2018 und 2022 .....	11
Abbildung 8:	Relation von Physiotherapiebetrieben zu Verordnungszahlen der GKV auf Landesebene für die Jahre 2018 und 2022 .....	12
Abbildung 9:	Preisentwicklung zentraler physiotherapeutischer Leistungen und Umsatzentwicklung in der Physiotherapie .....	15
Abbildung 10:	Preisentwicklung zentraler ergotherapeutischer Leistungen und Umsatzentwicklung in der Ergotherapie .....	16
Abbildung 11:	Preisentwicklung der wichtigsten logopädischen Leistungen und Umsatzentwicklung Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST) .....	17
Abbildung 12:	Anzahl und Entwicklung der Verordnungen in der Physio- und Ergotherapie sowie in der SSSST 2017 bis 2022 .....	18
Abbildung 13:	Umsatz je Verordnung in der Physio- und Ergotherapie sowie in der SSSST 2017 bis 2022 .....	19
Abbildung 14:	Einkommensentwicklung vs. Umsatzentwicklung je Verordnung und Verbraucherpreisindex 2017 bis 2022 .....	23
Abbildung 15:	Bevölkerungsanteile von Männern und Frauen im Alter ab 65, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig bis schlecht einschätzen, nach sozioökonomischem Status .....	31
Abbildung 16:	Morbiditätsgewicht nach den fünf SES-Quintilen bei der BARMER 2019 .....	33
Abbildung 17:	Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen nach SES-Quintilen und Lebensalter 2019, gemessen in Verordnungen je 1.000 Versicherten .....	34
Abbildung 18:	Morbiditätsgewicht nach den fünf GISD-Quintilen bei der BARMER 2019 .....	35
Abbildung 19:	Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen in Rezepten je 1.000 Versicherte nach GISD-Quintilen und Lebensalter .....	36
Abbildung 20:	Quote der Rückenschmerzpatientinnen und Patienten mit nach Leitlinien empfohlenen physiotherapeutischen Leistungen in SES-Quintilen 2019 in Prozent .....	38
Abbildung 21:	Quote der Rückenschmerzpatientinnen und Patienten mit nach Leitlinien empfohlenen physiotherapeutischen Leistungen nach GISD-Quintilen 2019 in Prozent .....	39
Abbildung 22:	Inhalte des Heilmittelkatalogs zu Lymphabflussstörungen .....	41
Abbildung 23:	Patientinnen und Patienten mit Leistungen manueller Lymphdrainagen je 1.000 Versichertenjahre 2019 bis 2022 in Quartalen .....	44
Abbildung 24:	Relative Häufigkeit von Patientinnen und Patienten mit Leistungen manueller Lymphdrainagen nach Ländern, mit und ohne standardisierte Betrachtung der Bevölkerung im Land .....	45
Abbildung 25:	Anteil von Patientinnen und Patienten mit indikationsgerechter Lymphdrainage 2019 und 2022 nach Altersgruppen und Geschlecht .....	47
Abbildung 26:	Top-9-Diagnosen außerhalb des Indikationsbereichs .....	48
Abbildung 27:	Anteil der Patientinnen und Patienten mit indikationsgerechter MLD-Verordnung und Kompressionstherapie 2019 und 2022 nach Alters- und Geschlechtsgruppen .....	49
Abbildung 28:	Anteil der Patientinnen und Patienten mit indikationsgerechter und langfristiger MLD-Verordnung und Kompressionstherapie 2019 und 2022 nach Alters- und Geschlechtsgruppen .....	50

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Bundesdurchschnittliche Monatsentgelte von Heilmitteltherapeutenberufen für die Jahre 2017 bis 2022 für Angestellte in Vollzeit außerhalb stationärer Einrichtungen .....	21
Tabelle 2:	Bundesdurchschnittliche Monatsentgelte von Heilmitteltherapeutenberufen für die Jahre 2017 bis 2022 für Angestellte in Vollzeit in stationären Einrichtungen .....	25
Tabelle 3:	Abstände der Monatsentgelte von Heilmitteltherapeutenberufen für die Jahre 2017 bis 2022 für Angestellte in Vollzeit innerhalb und außerhalb stationärer Einrichtungen .....	25
Tabelle 4:	Simulation der Gehaltsunterschiede, wenn im ambulanten Bereich die Vergütungssteigerungen proportional weitergegeben worden wären .....	26
Tabelle 5:	Mediane der Monatsentgelte nach Bundesländern von nichtärztlichen Therapieberufen für die Jahre 2017 bis 2022 für Angestellte in Vollzeit außerhalb stationärer Einrichtungen .....	27
Tabelle 6:	Mediane der Monatsentgelte nach Bundesländern von nichtärztlichen Therapieberufen für die Jahre 2017 bis 2022 für Angestellte in Vollzeit in stationären Einrichtungen .....	28
Tabelle 7:	Abstände der Monatsentgelte ambulant und stationär vollzeitangestellter nichtärztlicher Therapeutinnen und Therapeuten der Jahre 2017 bis 2022 .....	29
Tabelle 8:	SES-Score-Mittelwerte und mittleres Lebensalter in den fünf Quintilen des sozioökonomischen Status der BARMER-Versicherten 2019 .....	32
Tabelle 9:	Abrechnungsziffern und Vergütungen der manuellen Lymphdrainage und Bandagierung im Jahr 2023 .....	42

## Impressum

### Herausgeber

BARMER Institut für  
Gesundheitssystemforschung (bifg)  
10837 Berlin

### Autoren

Nikolaus Schmitt  
Danny Wende

### Fachliche Beratung

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

### Redaktionelle Bearbeitung

Isabelle Petrautzki

### Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

### Veröffentlichungstermin

Juni 2024

### DOI

10.30433/heilmittel.2024.01

### Copyright



Lizenziert unter CC BY-NC 4.0