



Heilmittelreport 2021



Einleitung

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren zweimal tief in die bestehende Ordnung der Heilmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingegriffen. In den Jahren 2017 und 2019 wurden Gesetze verabschiedet, die insbesondere die Preise der Leistungen deutlich erhöhten und die Verhandlungen und Verträge in kollektivvertraglichen Strukturen vereinheitlichten. Die Verträge inklusive der Vergütungsvereinbarungen werden für die Krankenkassen seither bundesweit einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) abgeschlossen. Vornehmliches Ziel dieser gesetzlichen Eingriffe war es, den Berufsstand der Heilmittel-Therapeuten attraktiver zu gestalten und dadurch Nachwuchsgewinnung und künftige Versorgungssicherheit zu fördern (Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

Einerseits wurde die Vorgabe des Gesetzgebers vollständig umgesetzt; die Krankenkassen gaben für den nahezu gleichen Leistungsumfang im Jahr 2020 fast drei Milliarden Euro mehr aus als 2017. Eine Steigerung von über 40 Prozent findet sich in keinem anderen Bereich der Gesundheitsversorgung. Aber kamen andererseits die Preis- und Umsatzsteigerungen auch im angemessenen Umfang bei den angestellten Therapeuten an? Dies ist eine der Schwerpunktuntersuchungen im nachfolgenden Heilmittelreport der BARMER 2021.

In den neuen Bundesländern werden deutlich mehr Heilmittel in Anspruch genommen als in den alten Bundesländern. Dieses seit Jahren festzustellende Ungleichgewicht wird im vorliegenden Report empirisch untersucht. Wodurch sind die deutlichen Mehrkosten in den neuen Bundesländern verursacht? Regionale Preiseffekte können als Ursache ab 2020 vollständig ausgeschlossen werden, denn seit Mitte 2019 gelten erstmals bundeseinheitliche Preise für alle Heilmittel. Wie sieht es mit der Menge und der Struktur der Inanspruchnahme aus? Dies ist der zweite Schwerpunkt der Untersuchung.

Kurzübersicht der wichtigsten Ergebnisse

Die wichtigsten Ergebnisse zu den zwei Schwerpunktthemen in Kürze:

1. Nicht einmal die Hälfte der Umsatzsteigerungen der Heilmittel-Praxen wurde als Gehaltssteigerung an die angestellten Therapeuten weitergegeben. Die Praxisinhaber erzielten 2020 für die nahezu gleiche Behandlungsmenge Mehrumsätze von 43 Prozent (circa drei Milliarden Euro) im Vergleich zu 2017. Die Gehaltsentwicklung der angestellten Heilmittel-Therapeuten außerhalb von Krankenhäusern betrug im gleichen Zeitraum lediglich etwa 20 Prozent. Hinzu kommt, dass in den Ländern mit den höchsten Ausgaben der Krankenkassen je Versicherten die niedrigsten Gehälter gezahlt werden.
2. Die Inanspruchnahme von Heilmitteln in den neuen Bundesländern unterscheidet sich vom Bundesdurchschnitt in zwei wesentlichen Faktoren:
 - a) In jeder Altersgruppe ist in den neuen Bundesländern der Anteil der Heilmittel-Patienten deutlich höher. Es gibt dort also deutlich mehr Heilmittel-Patienten. Die regionale Verteilung bleibt auch nach einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung der Wohnbevölkerung in den Ländern unverändert.
 - b) Die Struktur der physiotherapeutischen Leistungen unterscheidet sich fundamental. Während in den alten Bundesländern die Krankengymnastik klar dominiert, ist es in den neuen Bundesländern die teurere Manuelle Therapie. Zudem werden dort Massagen und Wärmetherapie häufiger verordnet und abgerechnet.

Heilmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung

Als Heilmittel werden allgemein Stoffe, Gegenstände oder Behandlungsverfahren bezeichnet, von denen eine heilsame Wirkung ausgeht. In Abgrenzung zu Arzneimitteln konkretisiert hierbei die Heilmittel-Richtlinie nach § 92 SGB V die Heilmittel als Leistungen der

- Physiotherapie,
- Podologischen Therapie,
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie,
- Ergotherapie und
- Ernährungstherapie.

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

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

Im Rahmen des Heilmittelreports 2021 werden Veränderungen in der Heilmittelversorgung, die sich unter anderem aus den Vorgaben des TSVG ergeben, untersucht. Hierfür werden die Heilmittel-Ab-

rechnungsdaten der BARMER aus den Jahren 2018 bis 2020 insbesondere im Hinblick auf regionale Unterschiede analysiert. Dies erfolgt auf Basis einer alters-, geschlechts- und regionsbezogenen Hochrechnung auf Ebene der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Grundlage dafür ist die jährliche KM 6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

1 Heilmittelversorgung in der BARMER

Die BARMER hat im Jahr 2020 1,2 Milliarden Euro für die Heilmittelversorgung von circa 1,9 Millionen Versicherten ausgegeben. Dabei hatten rund 21 Prozent der bei der BARMER versicherten Personen eine Heilmittelverordnung in Anspruch genommen. Im Jahr 2018 betrug dieser Wert noch rund 22 Prozent und die Ausgaben für Heilmittel waren je versorgten Versicherten um 105 Euro niedriger als im Jahr 2020. Das heißt, es haben im Jahr 2020 etwas weniger Versicherte Heilmittel in Anspruch genommen, wohingegen die Ausgaben für diese Versicherten gestiegen sind.

Tabelle 1: Heilmittel, Ausgaben und Versicherte 2018, 2019 und 2020

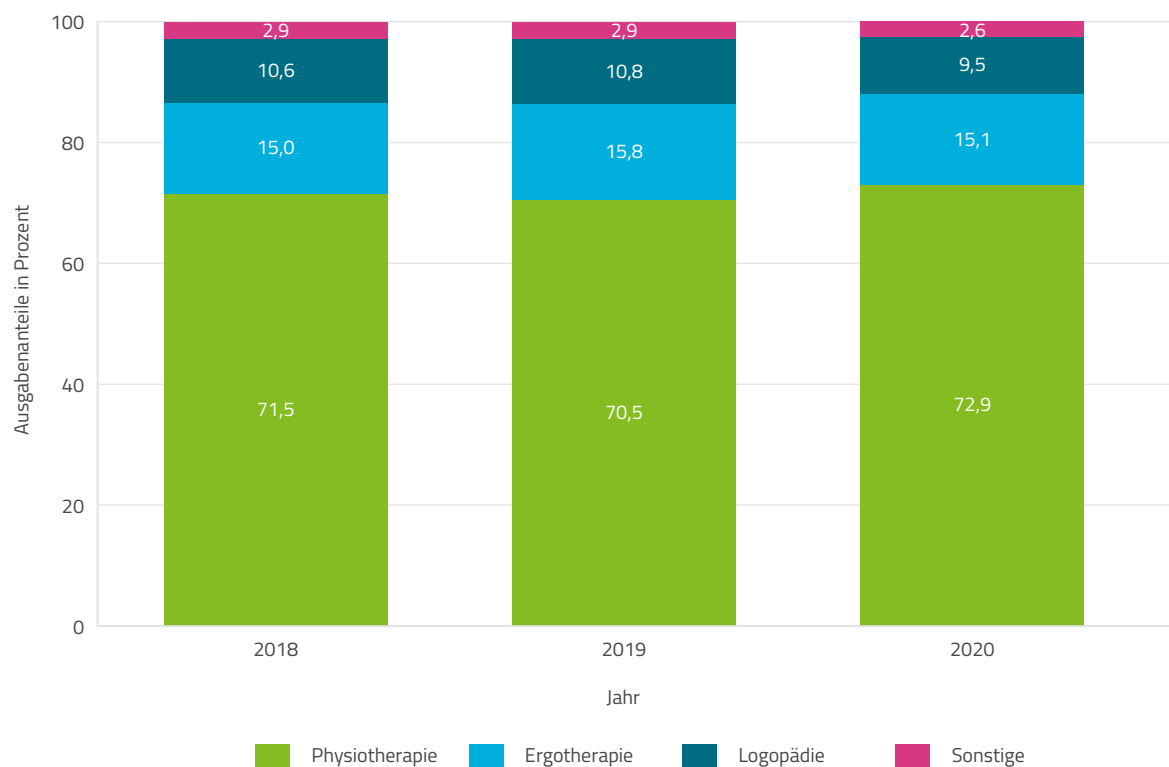
	2018	2019		2020		
	Versicherte					
	Anzahl	Anzahl	Veränderung 2019 zu 2018 in Prozent	Anzahl	Veränderung 2020 zu 2019 in Prozent	Veränderung 2020 zu 2018
gesamt	9.259.812	9.113.810	−1,6	9.038.822	−0,8	−74.988
Männer	3.987.297	3.934.468	−1,3	3.910.241	−0,6	−24.227
Frauen	5.272.515	5.179.342	−1,8	5.128.581	−1,0	−50.761
	Versicherte mit Heilmittelleistungen					
	Anzahl	Anzahl	Anteil an Versicherten insgesamt in Prozent	Anzahl	Anteil an Versicherten insgesamt in Prozent	Veränderung Anteil 2020 zu 2019 in Prozent
gesamt	2.040.902	2.030.127	22,3	1.912.141	21,2	−5,8
Männer	678.897	674.018	17,1	638.126	16,3	−5,3
Frauen	1.362.005	1.356.109	26,2	1.274.015	24,8	−6,1
	Ausgaben für Heilmittel					
	Ausgaben in Euro	Ausgaben in Euro	Veränderung 2019 zu 2018 in Prozent	Ausgaben in Euro	Veränderung 2020 zu 2019 in Prozent	Veränderung 2020 zu 2018
gesamt	1.107.702.212	1.219.956.336	10,1	1.238.856.677	1,5	18.900.341
Männer	373.306.497	409.728.567	9,8	412.002.184	0,6	2.273.617
Frauen	734.395.715	810.227.769	10,3	826.854.493	2,1	16.626.724

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

Quelle: BARMER-Daten 2018–2020

Von diesen Leistungsausgaben für Heilmittel des Jahres 2020 entfielen 72,9 Prozent auf die Physiotherapie, 15,1 Prozent auf die Ergotherapie und 9,5 Prozent auf die Logopädie (vergleiche Abbildung 1). Dieses Verhältnis ist in den betrachteten Jahren in etwa konstant, wobei in den Jahren 2018 und 2019 circa ein Prozent mehr für Logopädie und entsprechend weniger für Physiotherapie ausgegeben wurde. Unter den sonstigen Heilmitteln sind die Leistungen der Podologie und Ernährungstherapie mit einem geringen Kostenanteil zusammengefasst. Untersucht man die Veränderung der Leistungsausgaben für Heilmittel, ist daher vor allem der Bereich der Physiotherapie zu beachten.

Abbildung 1: Ausgabenanteile nach Heilmittelbereich in Prozent

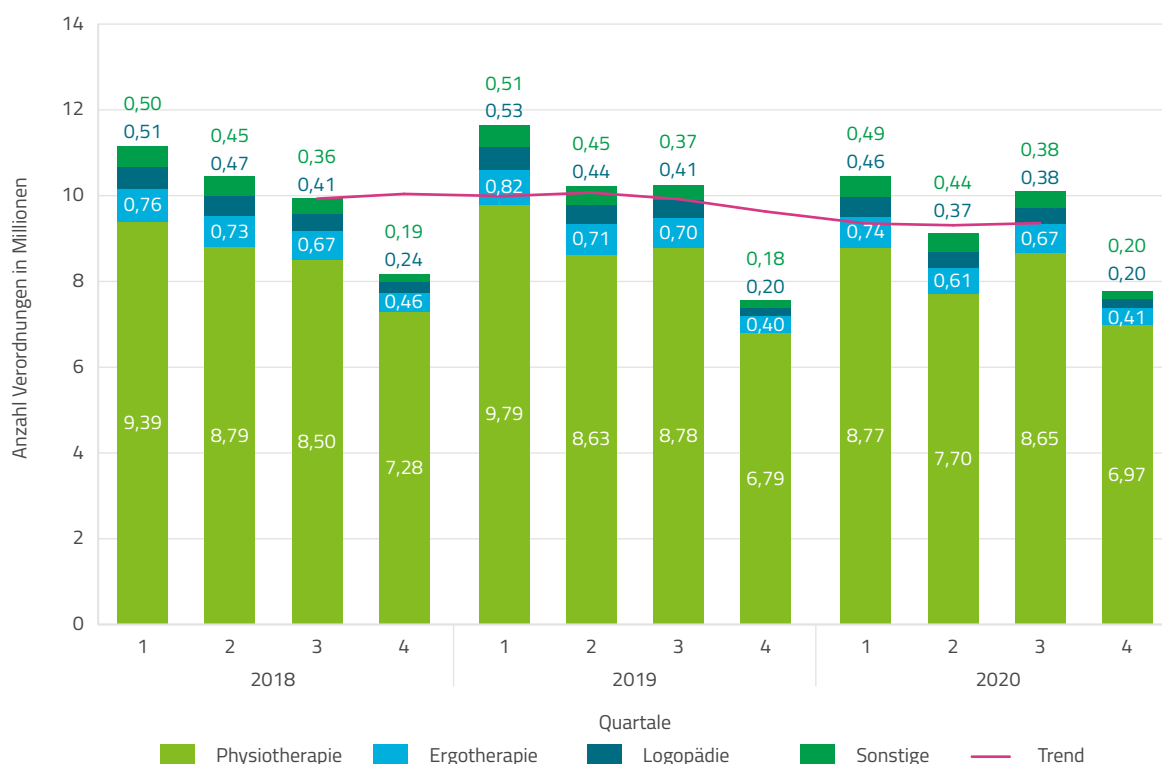


Quelle: BARMER-Daten 2018–2020

2 Heilmittelversorgung in der GKV (Hochrechnung)

Die BARMER versichert im Jahresmittel etwa 8,7 Millionen Menschen, dies sind etwa zwölf Prozent der gesetzlich Versicherten in Deutschland. Aufgrund des hohen Marktanteils und der Altersstruktur der BARMER, die im Wesentlichen der GKV gleicht, sind die Daten der BARMER besonders gut geeignet, um Aussagen für die ganze GKV zu tätigen. Um dennoch bestehende Unterschiede etwa durch regionale Versichertenanteile auszugleichen, wird eine Hochrechnung über die Dimensionen Alter, Geschlecht und Bundesland getätigt (siehe Methodik). Im Folgenden werden auf die GKV hochgerechnete Werte angegeben.

Abbildung 2: Mengenentwicklung (Verordnungen GKV) absolut 2018 bis 2020 in Quartalen, als Jahressumme und Trend, gegliedert nach Leistungsarten



Quelle: BARMER-Daten 2018–2020

Im Zeitverlauf sind bei den Heilmittelverordnungen zwei Strukturmerkmale zu erkennen (siehe Abbildung 2). Erstens gibt es eine deutliche Saisonkomponente. Heilmittel werden vor allem im vierten Quartal seltener verschrieben. Ursächlich ist der Monat Dezember, für den weniger als die Hälfte der sonst üblichen Heilmittelverschreibungen erfolgen. Im Januar gibt es dafür einen entsprechenden Aufholeffekt. Die zweite erkennbare Besonderheit betrifft das Jahr 2020 und die COVID-19-Pandemie. Im ersten und zweiten Quartal gab es deutliche Einbrüche von circa elf Prozent zu den Vorjahresquartalen. Im dritten Quartal 2020 zeigte sich eine langsame Normalisierung, bei einem Rückgang von nur noch 1,6 Prozent, und im vierten Quartal 2020 gab es sogar einen leichten Aufholeffekt mit einer Zunahme von drei Prozent zum vierten Quartal 2019. Betrachtet man daher den Trend über vier Quartale, so zeigt sich ein kleiner Rückgang der Verordnungen zu Beginn des Jahres 2020. Die Anzahl an Verordnungen ist im Jahr 2020 gemäß unserer Hochrechnung um 5,5 Prozent zum Jahr 2019 zurückgegangen.

Diese saisonale Struktur der Verordnungen ist für die Kosten der Heilmittel zeitlich nach hinten verschoben. Die Abrechnung von Heilmitteln kann erst nach Abschluss des verordneten Therapiezyklus erfolgen, also in der Regel zwei bis drei Monate nach dem Verordnungsdatum. Dieser zeitliche Verzug und Effekte der Jahresabgrenzung führen dazu, dass das vierte Quartal in den Finanzstatistiken die höchsten Kosten ausweist. Ein Abgleich von Kosten und Verordnungsmenge ist daher nur für das gesamte Kalenderjahr sinnvoll.

Rettungsschirm Heilmittel 2020

Die Leistungsausgaben der BARMER sowie der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung bilden für das Jahr 2020 nicht alle Zahlungen ab, die Heilmittelerbringer zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten haben. Grund dafür ist der sogenannte „Rettungsschirm Heilmittel“, der das Ziel hatte, pandemiebedingte Einnahmeausfälle der Heilmittelerbringer aufzufangen. Mit der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30. April 2020 hat das BMG Ausgleichszahlungen an Heilmittelerbringer zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung angeordnet (COVID-19-VSt-SchutzV, 30. April 2020).

Die Höhe dieser Ausgleichszahlung betrug 40 Prozent des Umsatzes des vierten Quartals 2019, den die jeweilige Heilmittel-Praxis mit der GKV erzielt hatte, zuzüglich der von den Versicherten direkt in der Praxis geleisteten Zuzahlungen. Die Finanzierung erfolgte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Eine nachfolgende Aufrechnung gegenüber den tatsächlichen Einnahmeausfällen war nicht vorgesehen. Bis Ende Juni 2020 konnten die Heilmittelerbringer einen Antrag auf die Auszahlung dieses Pauschalbetrags stellen.

Das vierte Quartal 2019 hat etwa einen Anteil von 28 Prozent am Umsatz des Gesamtjahres. Insofern war mit einer maximalen Höhe des Rettungsschirms von $28 \text{ Prozent} \times 40 \text{ Prozent} = 11,2 \text{ Prozent}$ des Jahresumsatzes zu rechnen. Die Finanzstatistik der GKV (KJ1) weist für 2019 Ausgaben von etwa 8,6 Milliarden Euro für Heilmittel aus. Unter Hinzurechnung der durch die Versicherten geleisteten Zuzahlungen ergibt sich ein theoretisches Volumen des Heilmittel-Rettungsschirms von etwas über einer Milliarde Euro.

Tatsächlich erfolgten aus dem „Rettungsschirm Heilmittel“ bis Mitte Juli 2020 Zahlungen in Höhe von 810 Millionen Euro an die Leistungserbringer. Dies gab die Bundesregierung in einer Antwort auf eine kleine Anfrage bekannt (Drucksache, 18/10186). Etwa 85 Prozent der berechtigten Heilmittel-Leistungserbringer hatten einen Antrag auf Auszahlung gestellt. In den weiteren Analysen dieses Reports, die sich auf den Umsatz der Heilmittelerbringer 2020 beziehen, wird dieser Betrag als Umsatz der Leistungserbringer zusätzlich zu den Ausgaben in der Finanzstatistik der GKV berücksichtigt.

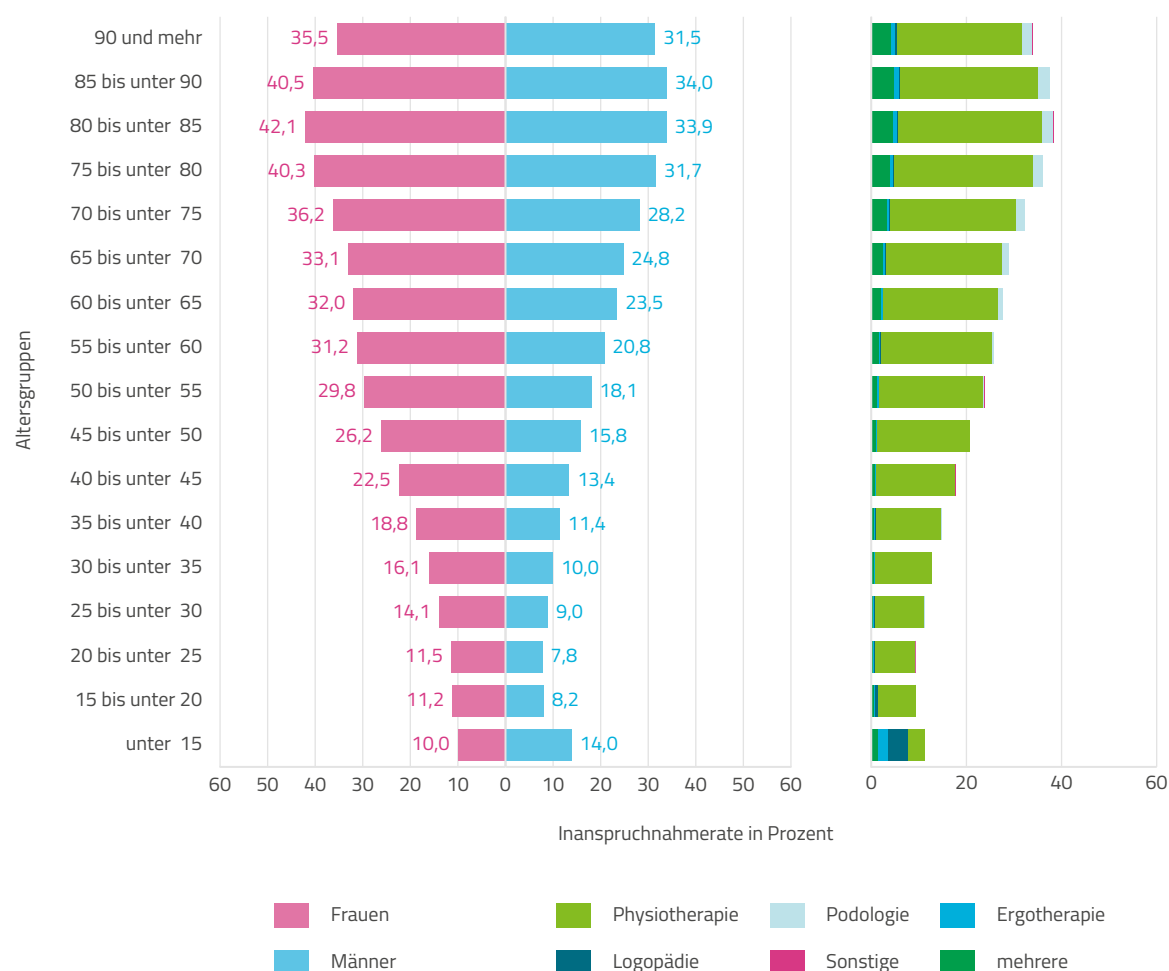
Nachdem die Abrechnungsdaten des Jahres 2020 vorliegen, kann berechnet werden, ob die Höhe des Heilmittel-Rettungsschirms angemessen im Verhältnis zu den tatsächlichen Umsatzrückgängen der Leistungserbringer war. Der Finanzstatistik 2020 (KJ 1) ist zu entnehmen, dass ohne Einrechnung der Zahlungen aus dem Rettungsschirm in allen Heilmittelarten keine Minderausgaben, sondern sogar Mehrausgaben gegenüber 2019 zu verzeichnen waren. Dabei gab es eine deutliche Spannweite: In der Podologie betrug der Umsatzzuwachs über zehn Prozent, in der Ergotherapie 3,4 Prozent, in der Physiotherapie 1,3 Prozent und in der Logopädie 0,2 Prozent. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass infolge des TSVG die Preise für alle Heilmittel ab Juli 2019 erheblich angehoben wurden. Dieser Preiseffekt war im ersten Halbjahr 2020 gegenüber dem Vorjahr voll wirksam und hat die Ausgaben entsprechend angehoben.

Ein Abgleich, in welcher Relation die Höhe des Rettungsschirms zu den pandemiebedingten Einnahmeausfällen der Heilmittelerbringer steht, soll daher auf Basis der Menge der abgerechneten Verordnungen erfolgen. Dadurch wird die Wirkung der gestiegenen Preise eliminiert. Wie Abbildung 2 zu entnehmen ist, gab es in allen Heilmittelbereichen einen Rückgang der Verordnungszahlen, dies insbesondere im ersten und zweiten Quartal 2020, der Zeit des ersten Corona-Lockdowns. Der Rettungsschirm sah eine gesonderte Zahlung in Höhe von über elf Prozent des Jahresumsatzes 2019 vor, während der Rückgang der Verordnungszahlen mit –5,5 Prozent diesen Wert deutlich unterschreitet. Der tatsächliche Verordnungsrückgang ist nach den Zahlen des GKV-SV für 2020 mit –4,5 Prozent sogar noch geringer als nach unserer Hochrechnung (HIS-Bericht, 2021). Somit ist festzustellen, dass der Rettungsschirm deutlich zu groß dimensioniert wurde. Der maximalen Höhe von circa einer Milliarde Euro steht ein Rückgang der Verordnungszahlen ohne Berücksichtigung der Preissteigerungen von etwa 500 Millionen Euro gegenüber. Der Heilmittel-Rettungsschirm überkompensierte also die tatsächlichen pandemiebedingten Umsatzausfälle etwa um das Doppelte. Da aber nur 85 Prozent der Leistungserbringer einen Antrag stellten, wurde nicht das mögliche Maximum des Rettungsschirms ausbezahlt. Die tatsächliche Auszahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds betrug 810 Millionen Euro (Drucksache, 18/10186). Dieser Betrag überstieg den pandemiebedingten Rückgang um das Doppelte und war somit um circa 400 Millionen Euro zu hoch. Ein Ausgleich oder eine Anrechnung dieser Überzahlung ist jedoch nicht vorgesehen.

Alters- und Geschlechtsstruktur der Heilmittel-Patienten

Abbildung 3 zeigt den anfangs erwähnten Anteil der Versicherten mit Heilmittelverordnung von 23 Prozent in einem Pyramidendiagramm, also zerlegt nach Altersgruppen und Geschlechtern (links) und nach Leistungsbereichen (rechts). Zwei Aspekte können an der Darstellung als bemerkenswert genannt werden: Der Anteil von Versicherten mit Heilmittelbedarf steigt bis in das hohe Alter an. Erst ab einem Alter von 85 Jahren ist eine Abkehr von diesem Trend und ab einem Alter von 90 Jahren sogar ein Rückgang zu bemerken. Maßgeblich für diese Entwicklung ist der Bedarf an physiotherapeutischen Leistungen und speziell im höheren Alter auch an podologischen Leistungen. Die einzige Ausnahme von dem deutlichen Alterstrend bilden Kinder im Alter bis 15 Jahre. Der zu erkennende erhöhte Heilmittelbedarf ist im Grundschulalter zwischen dem sechsten und zehnten Lebensjahr besonders ausgeprägt und begründet durch sprech- und sprachtherapeutische Leistungen der Logopädie bei Sprachentwicklungsstörungen. Dementsprechend hoch ist der Anteil an logopädischem Leistungsbedarf in dieser Altersgruppe. Hierbei sind Jungen etwa 50 Prozent häufiger betroffen als Mädchen (Rommel et al., 2018). Eine zweite Auffälligkeit betrifft die geschlechtsspezifischen Unterschiede. So findet ab einem Alter von 15 Jahren die Inanspruchnahme von Heilmitteln bei Frauen deutlich häufiger statt als bei Männern. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied konzentriert sich fast ausschließlich auf physiotherapeutische Leistungen.

Abbildung 3: Anteil der Versicherten mit Verordnung von Heilmitteln nach Alter und Geschlecht (links) und nach Leistungsbereichen (rechts) im Jahr 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018–2020

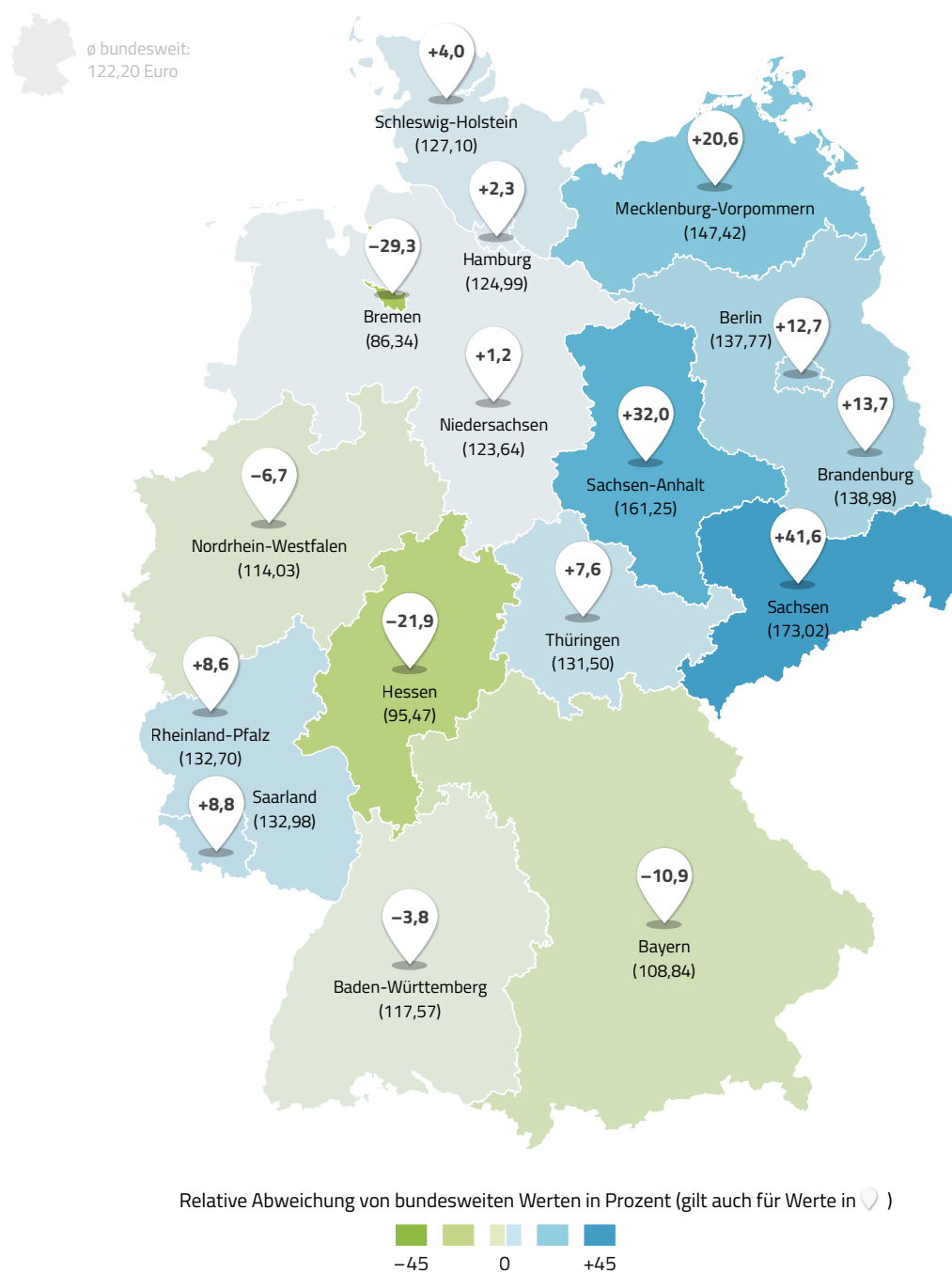
Heilmittel-Atlas: Interaktive regionalisierte Analyse der Heilmittelversorgung

Die Analysen in schriftlichen Reporten wie diesem haben den Nachteil, dass sie statisch sind und dem Leser keine eigenen Analysen zur Vertiefung bestimmter Fragestellungen ermöglichen. Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) möchte diese Limitation aufheben und stellt dafür den „Heilmittel-Atlas“ zur Verfügung.

Heilmittel-Atlas ➔

Der Heilmittel-Atlas bietet verschiedene Kennzahlen auf regionaler Ebene für die Jahre 2018 bis 2020 an. Die Grundlage für das Angebot bilden Auswertungen auf den hochgerechneten Abrechnungsdaten der BARMER. Nutzer können wählen, ob eine Kennzahl als Hochrechnung auf die GKV, also mit der realen Bevölkerungsstruktur in den Ländern, oder mittels Alters- und Geschlechtsstandardisierung betrachtet werden soll. Zudem können Fragestellungen durch Filterung auf spezifische Leistungsarten, Regionen oder Altersgruppen eingegrenzt werden. Unsere Absicht ist es, die Lücke zwischen fachlich selektierter und kommentierter Analytik und den sich darüber hinaus ad hoc ergebenden Fragestellungen der Nutzer zu schließen. Aktuell steht der Heilmittel-Atlas für die Leistungsarten Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie und die Jahre 2018 bis 2020 zur Verfügung.

Abbildung 4: Kosten je Versicherten 2020 nach Bundesländern ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung



Quelle: BARMER-Daten 2018–2020

Der Heilmittel-Atlas erlaubt die Analyse von fünf verschiedenen Kennzahlen, die jeweils flexibel weiter gefiltert werden können. Diese Kennzahlen sind:

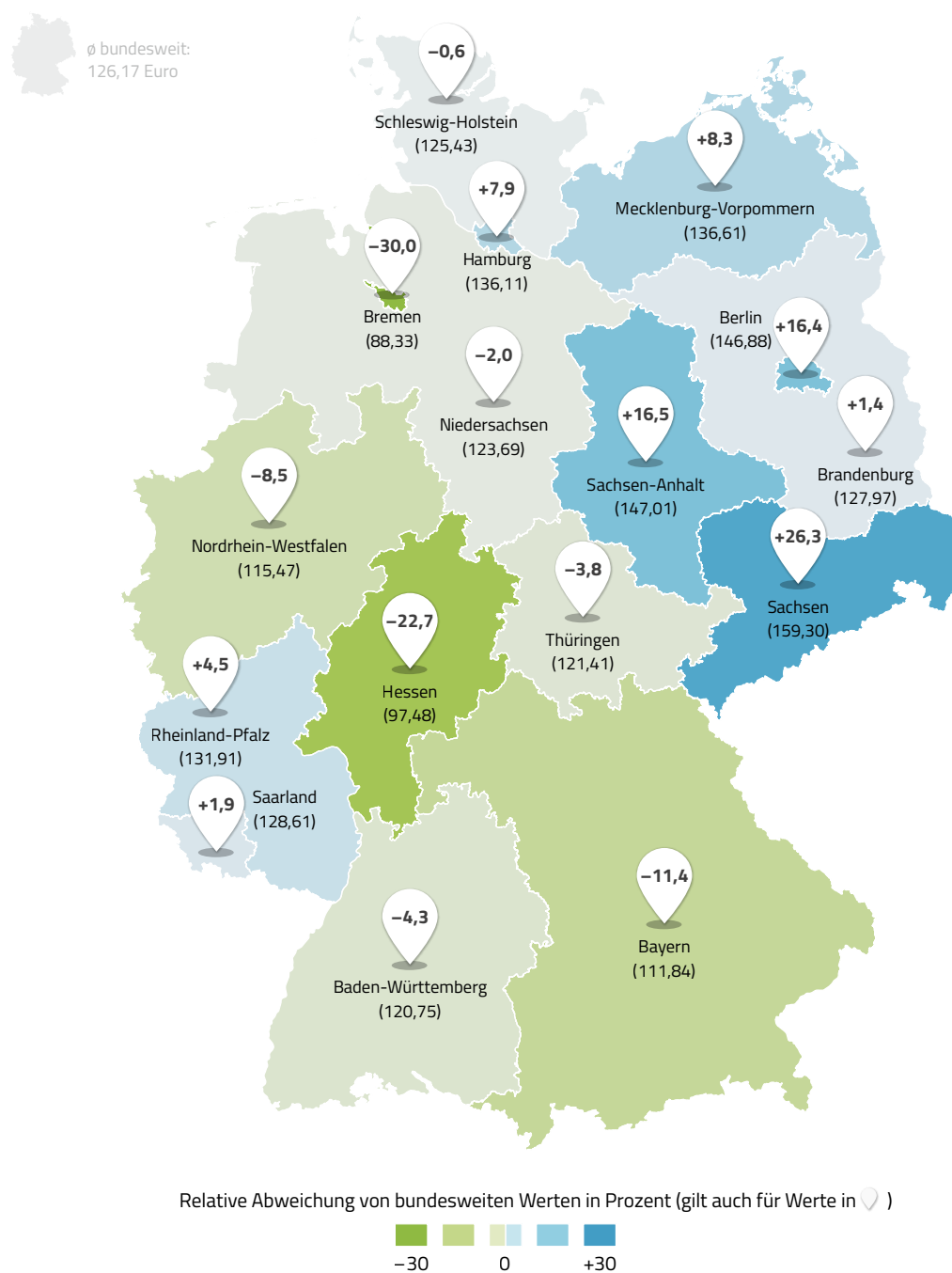
- Kosten je Versichertenjahr
- Patienten je 1.000 Versichertenjahre
- Verordnungen je 1.000 Versichertenjahre
- Kosten je Verordnung
- Verordnungen je Heilmittel-Patient

Abbildung 4 zeigt das Ergebnis der Kennzahl „Kosten je Versichertenjahr“ in Summe aller Heilmittelbereiche je GKV-Versicherten und Land und mit der relativen Abweichung vom Bundesschnitt. Klar zu erkennen sind die bereits aus den Vorjahren bekannten höheren Kosten in den neuen Bundesländern. Betrachtet man Abbildung 4, so wird das Ausmaß der Ausgabenvariation deutlich. Versicherte aus den neuen Bundesländern, insbesondere Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern, verursachen die im Durchschnitt höchsten Leistungsausgaben und erzeugen damit je Versicherten bis zu 42 Prozent mehr Kosten als der Bundesdurchschnitt. Versicherte aus Stadtstaaten sind im Gegensatz dazu am günstigsten für die GKV und im Falle von Bremen sogar bis zu 29 Prozent günstiger als im Bundesschnitt.

Die alternative Sicht ist die Alters- und Geschlechtsstandardisierung. Mit Auswählen dieser Filterung wird jedem Bundesland eine Standardbevölkerung unterstellt. So lässt sich der Effekt berücksichtigen, dass die Alters- und Geschlechtsstruktur in den Bundesländern durchaus unterschiedlich ist. Ausgabenunterschiede, die allein auf diese unterschiedliche Bevölkerungsstruktur zurückzuführen sind, werden damit ausgeblendet.

Abbildung 5 zeigt, dass durch die Standardisierung der Ausgabenüberhang der neuen Bundesländer zwar deutlich in der Höhe gemindert wird, die grundsätzliche Struktur der Verteilung von Ländern mit über- und unterdurchschnittlichen Ausgaben jedoch weitgehend bestehen bleibt. Der Ausgabenüberhang in den neuen Bundesländern lässt sich somit aber zumindest teilweise durch das dortige Alter der Bevölkerung erklären. Tiefer gehende Analysen der regionalen Unterschiede werden in Kapitel 4 dieses Reports vorgenommen.

Abbildung 5: Kosten je Versicherten 2020 nach Bundesländern mit Alters- und Geschlechtsstandardisierung



Quelle: BARMER-Daten 2018–2020

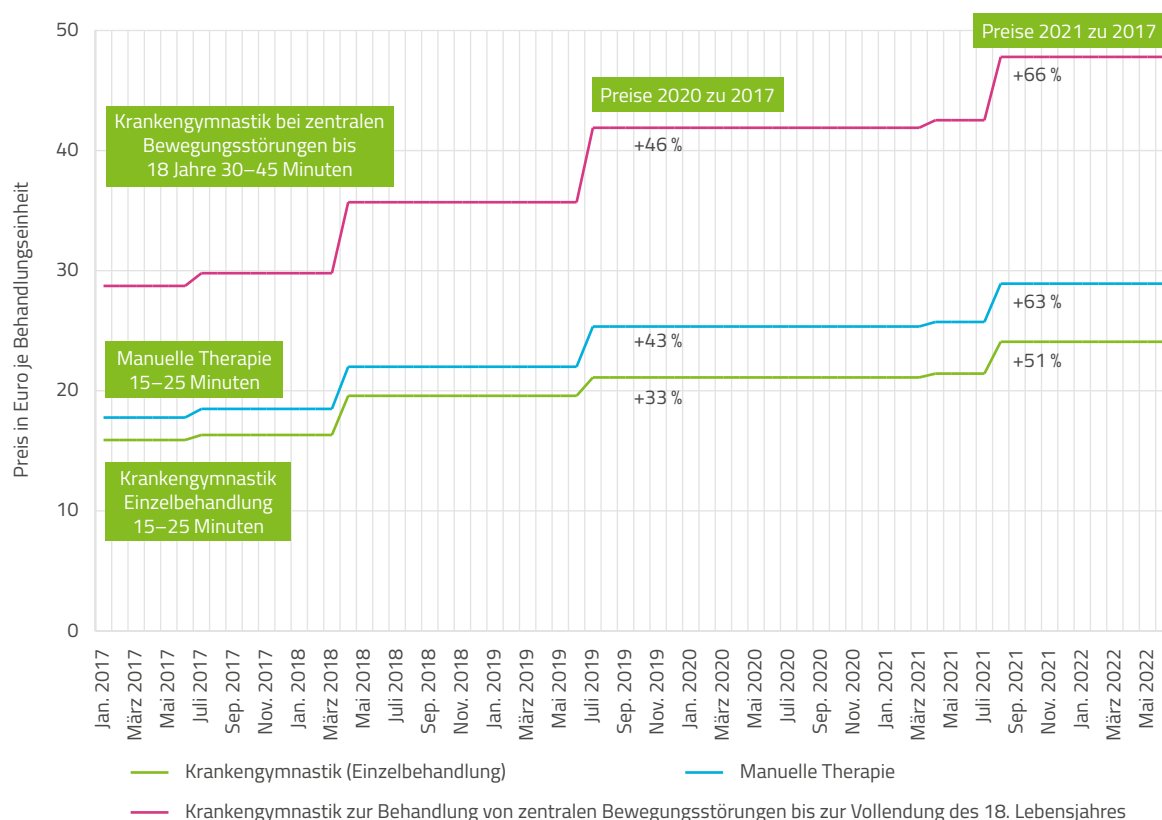
3 Preis-, Umsatz- und Einkommensentwicklung in der Heilmittelversorgung

Mit dem erklärten Ziel der Stärkung aller Heilmittel-Leistungserbringer und der Förderung der Attraktivität der Berufsausübung in diesem Gesundheitsgewerbe hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren tief in die Preisstruktur der Heilmittelversorgung eingegriffen.

- Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wurde 2017 eine grundsätzliche Vergütungsreform vorgenommen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wurde außer Kraft gesetzt und die unterschiedlichen Preise in der GKV sollten sich in einem Konvergenzzeitraum über mehrere Jahre bis hin zur bundesweiten Preisgleichheit annähern. Dies war verbunden mit Vorgaben zu deutlichen Vergütungssteigerungen für alle Leistungen.
Das Spannungsfeld zwischen steigenden Leistungsvergütungen und beabsichtigten Gehaltssteigerungen der Angestellten wurde klar erkannt. 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 Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) eine erneute umfassende Reform für die Heilmittelversorgung beschlossen. Die 2017 eingeführte Konvergenzphase der Vergütungen wurde beendet und durch eine Höchstpreisregelung ersetzt. Alle Kassen hatten ab Mitte 2019 einheitlich den jeweils höchsten Preis für eine Leistung zu bezahlen, den eine einzelne Kasse bis dato abgeschlossen hatte. Darüber hinaus wurde die föderale Struktur der Vereinbarungen in der Heilmittelversorgung abgeschafft und durch eine kollektivvertragliche bundesweite Struktur ersetzt. Dem GKV-SV wurde das alleinige Verhandlungsmandat für alle Krankenkassen übertragen. Die weiteren Verhandlungen erfolgten ab 2020 auf der Basis der Ergebnisse der Höchstpreisregelung.

Diese kurz hintereinander wirksamen Preiserhöhungen für Heilmittel führten dazu, dass im Jahr 2020 über 40 Prozent mehr für die gleiche therapeutische Leistungsmenge vergütet wurde. Die gesetzlichen Krankenkassen haben dadurch 2020 circa drei Milliarden Euro mehr bezahlt als 2017, mit weiter steigender Tendenz. Wenn man von circa 80.000 Heilmittelerbringern in Deutschland ausgeht, betrug der Mehrumsatz 2020 durchschnittlich 37.500 Euro.

Abbildung 6: Preisentwicklung der wichtigsten physiotherapeutischen Leistungen 2017 bis 2021



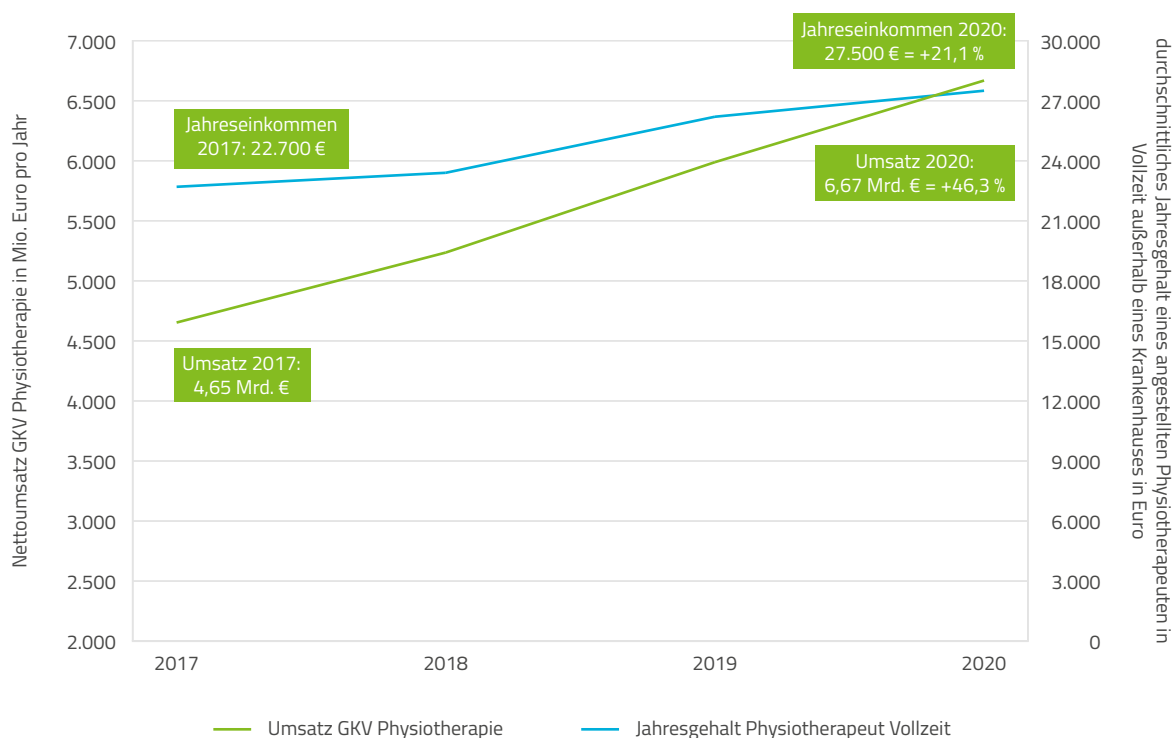
Quelle: Preisliste physiotherapeutischer Leistungen (vdek, 2021)

Die Preisentwicklung in der Physiotherapie wird in Abbildung 6 exemplarisch für drei häufig abgerechnete Vergütungspositionen dargestellt. Die Krankengymnastik kommt in nahezu der Hälfte aller Heilmittelverordnungen zur Abrechnung. Die Entwicklung wird betrachtet zum Basisjahr 2017, in dem die Konvergenzphase die unterschiedlichen Vergütungshöhen zwischen den Kassenarten und den Ländern aufeinander zubewegte. Der Basispreis 2017 entspricht einem mittleren Wert aus den regionalen Preisen der Primärkassen und den bundesweiten Preisen der Ersatzkassen.

Das Ergebnis der gesetzlichen Vorgaben ist in der sprunghaften Preisentwicklung insbesondere Mitte 2018 und Mitte 2019 gut zu erkennen. Auf der Basis der Preise Mitte 2019 führte der GKV-SV die weiteren Verhandlungen mit den Verbänden der Physiotherapeuten durch. Eine Vereinbarung zur Preisentwicklung und weiterer Themen konnte jedoch nicht erzielt werden, also wurde 2020 die Schiedsstelle angerufen. Diese entschied eine weitere deutliche Vergütungserhöhung mit Wirkung ab Mitte 2021. Der Spruch der Schiedsstelle wurde allerdings von den Verbänden der Leistungserbringer und dem GKV-SV beklagt, eine gerichtliche Entscheidung steht noch aus. Die Entscheidungen des Schiedsspruchs sind bis zur gerichtlichen Entscheidung jedoch wirksam, die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung.

Die Preissteigerungen bewegten sich wie vom Gesetzgeber vorgegeben deutlich nach oben. Der Inhalt der Leistungen hat sich dagegen nicht verändert, so dass beispielsweise im Jahr 2021 jede Therapieminute Krankengymnastik um 51 Prozent höher vergütet wird als 2017.

Abbildung 7: Umsatz- und Einkommensentwicklung in der Physiotherapie 2017 bis 2020



Quellen: BARMER-Daten 2017–2020 und Finanzstatistik der GKV KJ 1 zuzüglich anteilige Zahlungen aus dem Rettungsschirm Heilmittel 2020

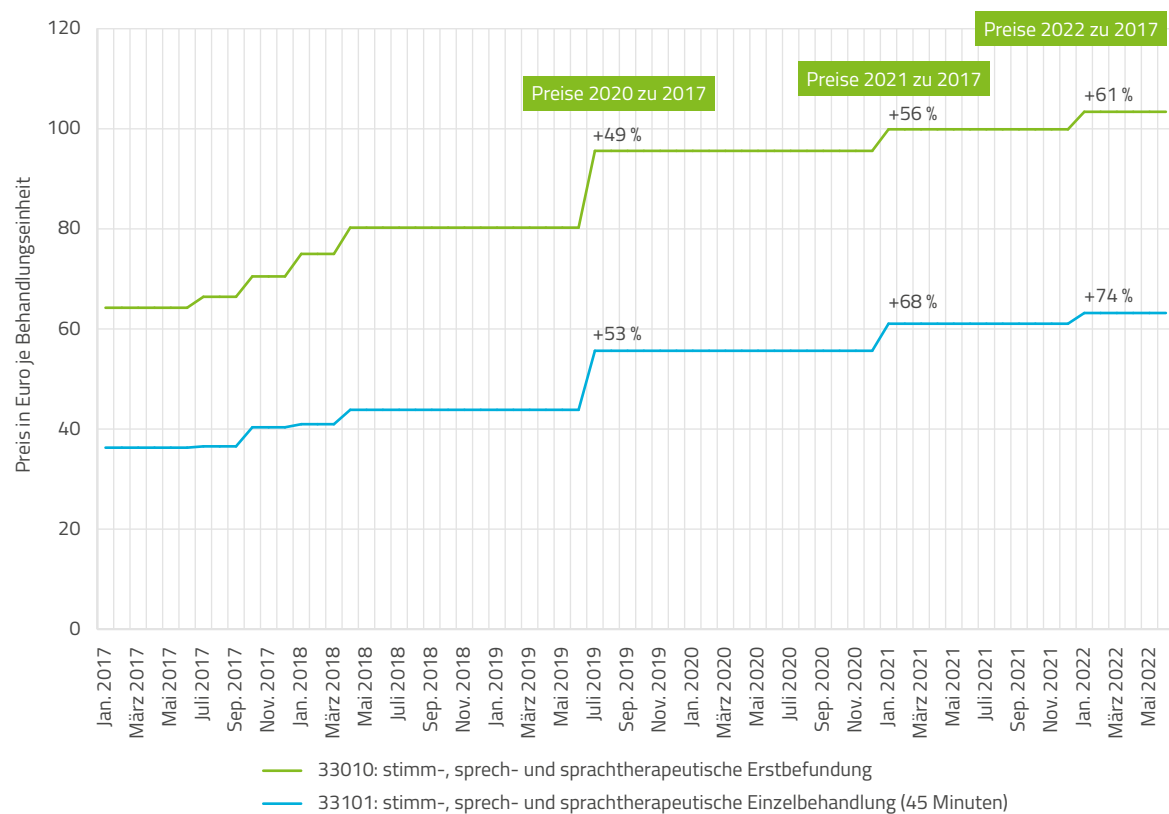
Mit der Preisentwicklung in der Physiotherapie bis 2020 von 33 Prozent bis 46 Prozent entwickelten sich auch die Umsätze der Leistungserbringer entsprechend nach oben. Im ersten Jahr der Pandemie 2020 wurde zudem ein Rettungsschirm für die Heilmittel-Leistungserbringer aufgelegt, der zu Zahlungen von insgesamt 810 Millionen Euro durch die Krankenkassen an die Heilmittelerbringer führte. Die Zahlungen aus dem Rettungsschirm sind im Umsatz 2020 in Abbildung 7 anteilig mit enthalten.

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

Im aktuellen Rahmenvertrag des GKV-SV mit den Verbänden der Physiotherapie und auch anderer Leistungsarten findet dieser gesetzliche Auftrag mit folgender Formulierung seinen Niederschlag: „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“ (Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Physiotherapie, 2021).

Die BARMER hat die Jahresentgeltmeldungen für die bei ihr versicherten fast 17.000 angestellten Physiotherapeuten ausgewertet. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurden nur die Gehälter der Angestellten außerhalb eines Krankenhauses in Vollzeit herangezogen. Bei diesen Jahresentgelten ist in der Zeit von 2017 bis 2020 ein Wachstum von 21 Prozent festzustellen. Dieser Zuwachs fällt also weniger als halb so hoch aus wie die Steigerung der Preise und Umsätze der Leistungserbringer im gleichen Zeitraum. Ob dies eine angemessene und faire Beteiligung der Arbeitnehmer an Mehreinnahmen der Praxis ist, bleibt der Einschätzung des Lesers überlassen. In jedem Fall ist festzustellen, dass bis 2020 die sich danach noch weiter fortsetzenden Preis- und Umsatzsteigerungen keineswegs proportional in die Gehälter der angestellten Physiotherapeuten einfließen. So werden weiterhin die angestellten Physiotherapeuten in Krankenhäusern deutlich besser bezahlt. Der Unterschied beträgt 2020 im Durchschnitt 14 Prozent. Zur vollständigen Schließung dieser Lücke hätte es nicht einmal der vollständigen Weitergabe der Umsatzsteigerungen durch die Arbeitgeber bedurft. Geschehen ist es nicht.

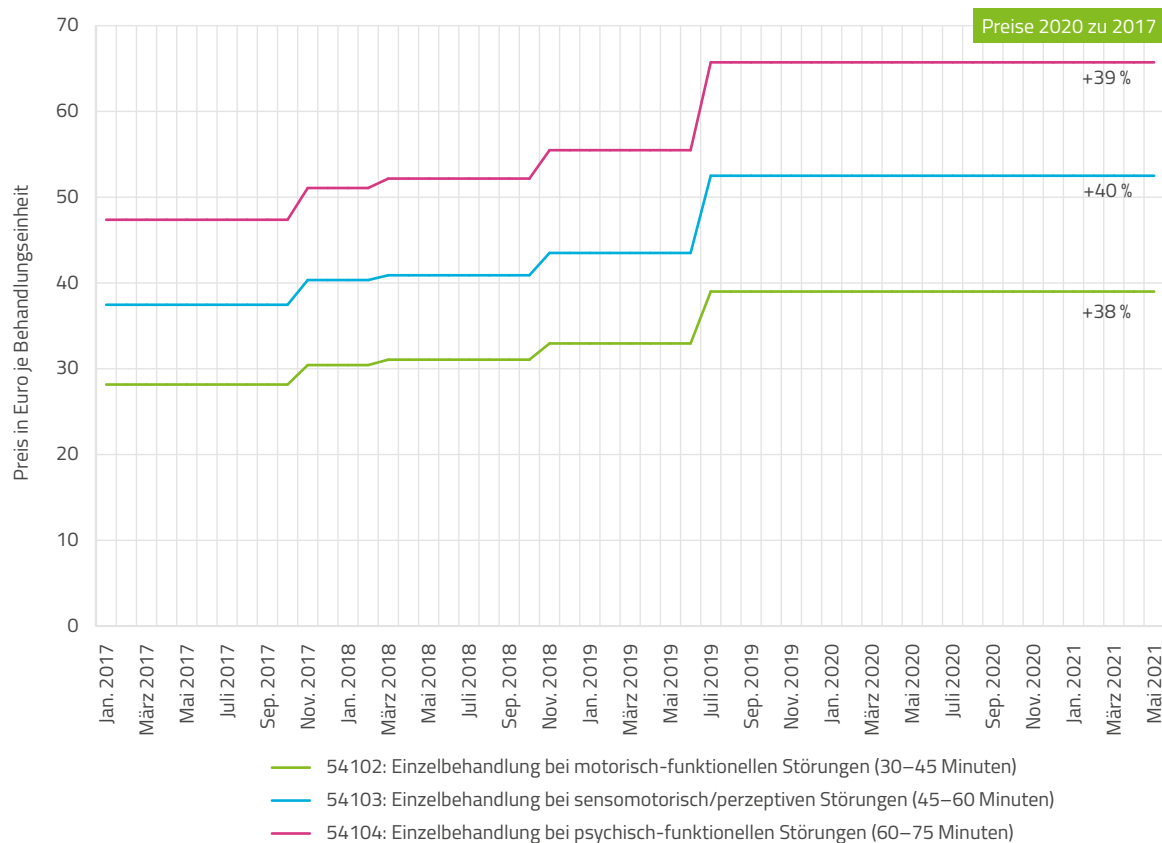
Abbildung 8: Preisentwicklung der wichtigsten logopädischen Leistungen 2017 bis 2022



Quelle: Preisliste stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen (vdek)

In Abbildung 8 wird am Beispiel der häufigsten Einzelleistungen die Preisentwicklung veranschaulicht. Die Preissteigerung bis zum Jahr 2020 übertrifft mit über 50 Prozent die der Physiotherapie deutlich. Zudem gibt es bereits eine Preisvereinbarung für den Zeitraum 2021 bis 2023, so dass die weiteren Preiserhöhungen schon feststehen. Diese Vereinbarung kam als Ergebnis der Verhandlungen, ohne die Einschaltung des Schiedsamts, zustande. Im laufenden Zeitraum ist somit eine Preissteigerung deutlich über 60 Prozent gegenüber 2017 gegeben.

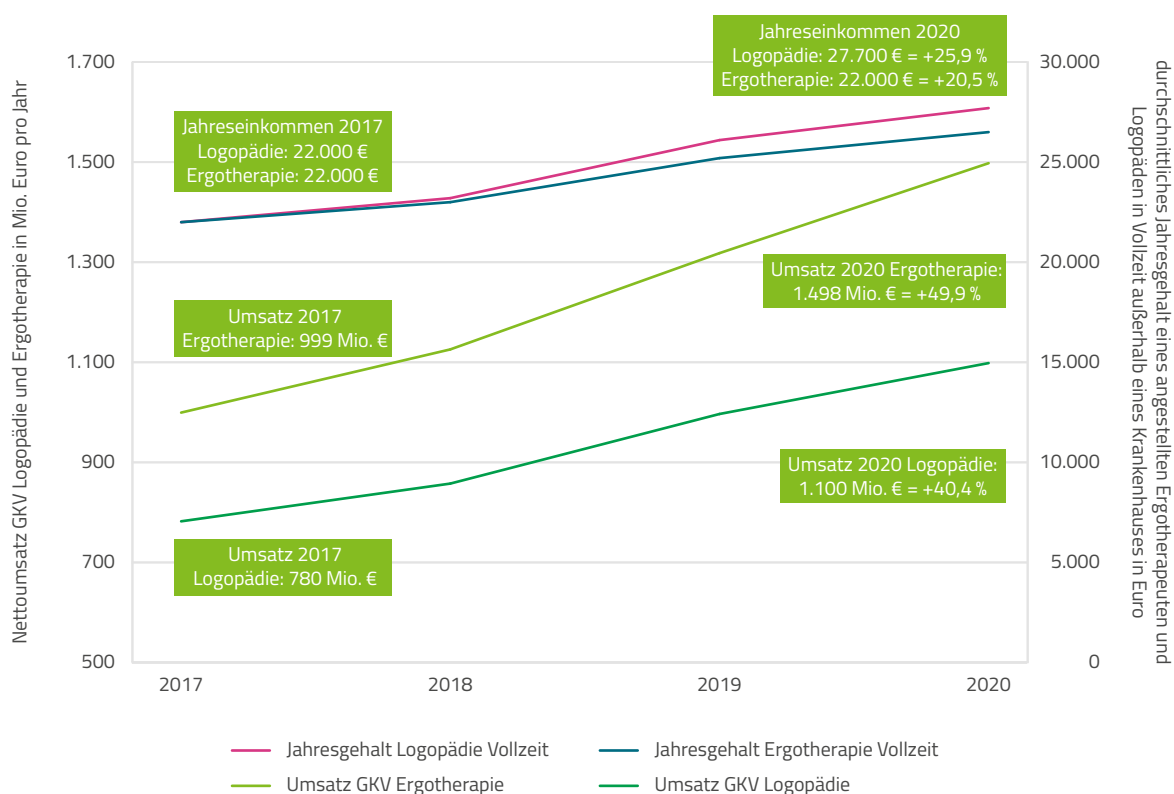
Abbildung 9: Preisentwicklung der wichtigsten ergotherapeutischen Leistungen 2017 bis 2021



Quelle: Preisliste ergotherapeutischer Leistungen (vdek)

Am Beispiel der häufigsten Einzelleistungen der Ergotherapie ist festzustellen, dass die Preisentwicklung ab 2017 bis zum Jahr 2020 circa 40 Prozent betrug (Abbildung 9). Eine vertragliche Vereinbarung für den Zeitraum 2021 und Folgejahre wurde zwischen dem GKV-SV und den Berufsverbänden der Ergotherapeuten noch nicht abgeschlossen, daher kann der weitere unzweifelhaft steigende Verlauf der Preise noch nicht aufgeführt werden.

Abbildung 10: Umsatz- und Einkommensentwicklung bei der Logopädie und Ergotherapie 2017 bis 2020

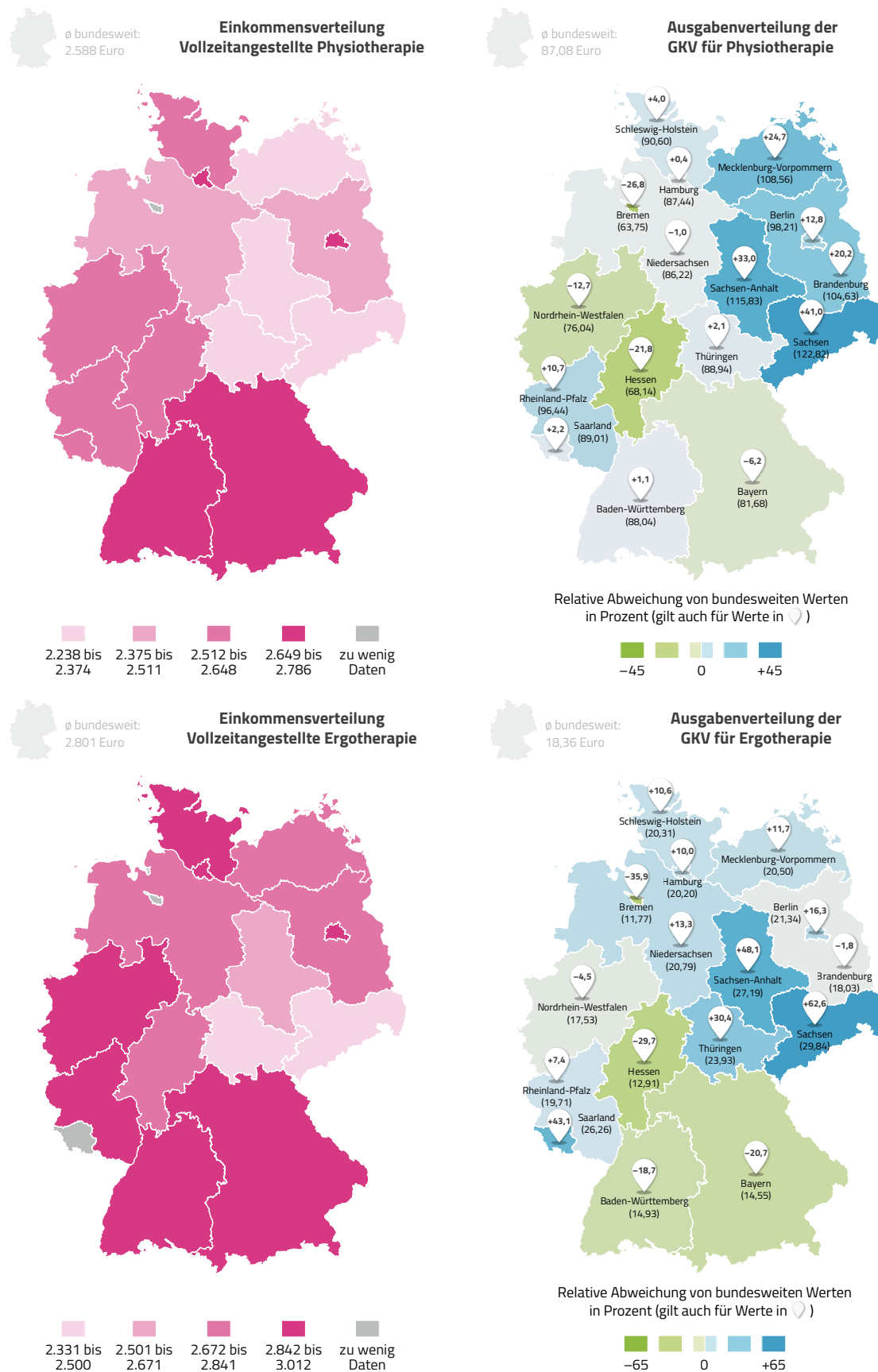


Quellen: BARMER-Daten 2017–2020 und Finanzstatistik der GKV KJ 1 zuzüglich anteilige Zahlungen aus dem Rettungsschirm Heilmittel 2020

Die Einkommensentwicklungen der angestellten Logopäden und Ergotherapeuten sind wie bei der Physiotherapie entkoppelt von der tatsächlichen Preis- und Umsatzentwicklung, allerdings in einem deutlich unterschiedlichen Ausmaß. Liegt bei der Logopädie die Umsatzentwicklung mit circa 40 Prozent etwas unter dem Niveau der Physiotherapie und deutlich unter der der Ergotherapie, ist dies bei der Einkommensentwicklung genau anders herum. Der Bereich mit den höchsten Umsatzsteigerungen ist die Ergotherapie mit fast 50 Prozent gegenüber 2017. Das ist aber auch der Bereich mit den geringsten Zuwächsen bei den Einkommen angestellter Vollzeittherapeuten. Eine Analyse in der Fachzeitschrift des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) kommt auf Basis des Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit zu dem Ergebnis, dass die Gehaltsentwicklung der angestellten Ergotherapeuten zwischen 2017 und 2020 sogar nur +14 Prozent betrug (Simon, 2021).

Somit wurde weit weniger als die Hälfte oder sogar weniger als ein Drittel der Mehrumsätze von den Arbeitgebern in der Ergotherapie als Arbeitslohn weitergegeben. Dementsprechend konnte auch bei diesen Therapeutenberufen die bestehende Lücke zur Vergütung von Therapeuten im Krankenhaus nicht geschlossen werden. Bei den Logopäden ist die Lücke 2020 zumindest auf unter zehn Prozent gesunken.

Abbildung 11: Relative Verteilung der Einkommen angestellter Therapeuten in Vollzeit und Ausgaben der Krankenkassen in der Physio- und Ergotherapie



Quellen: Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit und BARMER-Hochrechnung 2020

Regionale Einkommenssituation der Physio- und Ergotherapeuten 2020

Der aktuelle Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit vermittelt ein Bild zur Verteilung der Einkommenshöhen angestellter Heilmittel-Therapeuten für das Jahr 2020. Der Entgeltatlas enthält allerdings Limitationen: Die Entwicklung der Vorjahre kann nicht abgefragt werden, und für den Fall, dass die Anzahl der gemeldeten Angestellten in bestimmten Berufen regional einen Mindestwert unterschreitet, wird zur Wahrung der Anonymisierung das Einkommen nicht angezeigt. Dies führt dazu, dass in der Berufsgruppe der Logopäden für zwölf Länder keine regionalen Daten im Entgeltatlas angezeigt werden.

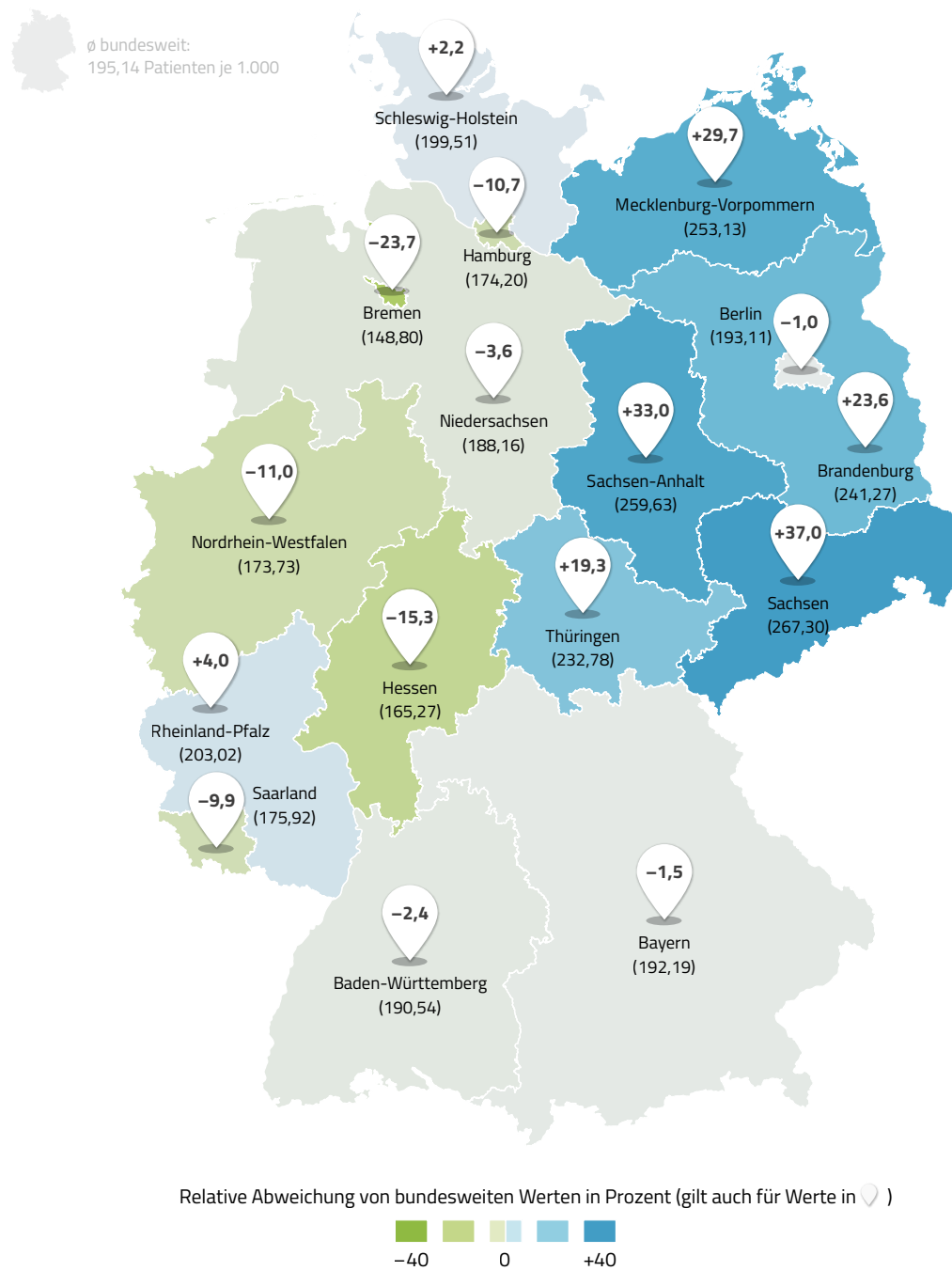
Zwei Sachverhalte sind bei der regionalen Einkommenssituation besonders bemerkenswert: Zum einen bestehen trotz der seit 2019 bundesweit einheitlichen Preise für alle Heilmittelleistungen weiterhin erhebliche Unterschiede bei den Einkommen nach Bundesländern. Das Schlusslicht bildet das Land Sachsen mit 14 Prozent (Physiotherapie) beziehungsweise 17 Prozent (Ergotherapie) Einkommensabstand zum Bundesdurchschnitt. Zum anderen ist festzustellen, dass ausgerechnet in den Ländern, in denen die Krankenkassen deutlich überdurchschnittliche Ausgaben für Heilmittel haben, die niedrigsten Gehaltsniveaus vorherrschen (Abbildung 11).

Als Fazit bleibt festzustellen, dass bis 2020 die Einkommensentwicklung der angestellten Therapeuten in der Heilmittelversorgung weit hinter dem Preis- und Umsatzzuwachs der Praxen zurückgeblieben ist. Regionale Verwerfungen bei den Einkommen bestehen weiterhin. Damit wurde das Ziel des Gesetzgebers unterlaufen, die Einkommenssituation der angestellten Therapeuten bundesweit angemessen zu verbessern und zu vereinheitlichen. Auch gleiche Einkommen für Therapeuten im Krankenhaus und in der Praxis werden nach den Zahlen der BARMER nicht erreicht. Die finanziellen Mittel, diese Ziele zu erreichen, wurden und werden jedes Jahr von den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufgebracht. Die Preis- und Umsatzsteigerung besteht auch 2021 und darüber hinaus unvermindert fort, wie der Schiedsspruch in der Physiotherapie und die Vereinbarung in der Logopädie zeigen. Es wäre dringend Zeit, dass die zusätzlichen Milliarden Euro, die für Heilmittel aufgewendet werden, in angemessenem Umfang dort ankommen, wo sie für die Sicherung der Attraktivität des Berufsbilds und die künftige Versorgungssicherheit erforderlich sind. Die diesbezügliche Zielsetzung des Gesetzgebers wurde bis 2020 klar verfehlt.

4 Heilmittelversorgung in den Regionen

Die Leistungsausgaben für Heilmittel unterscheiden sich deutlich zwischen den Bundesländern. Das Phänomen der regionalen Unterschiede der Heilmittelausgaben ist in der GKV bekannt und wiederholt in Publikationen gezeigt worden (Waltersbacher, 2020). Neben den Unterschieden bei den Kosten je Versichertenjahr (Abbildung 4 und 5) zeigt auch die Patientenquote, also der Anteil der Patienten mit Heilmittelinanspruchnahme je 1.000 Versicherte, ein deutliches Bild (Abbildung 12). Sachsen liegt an der bundesweiten Spitze: 37 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Es folgen Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern sowie Brandenburg und Thüringen mit jeweils deutlich überdurchschnittlichen Werten. In Bremen, Hamburg aber auch Hessen und Nordrhein-Westfalen zeigt sich das gegenteilige Bild. Woher kommen diese Unterschiede?

Abbildung 12: Patientenquoten für Heilmittel nach Bundesländern im Jahr 2020



Quelle: BARMER-Daten 2018–2020

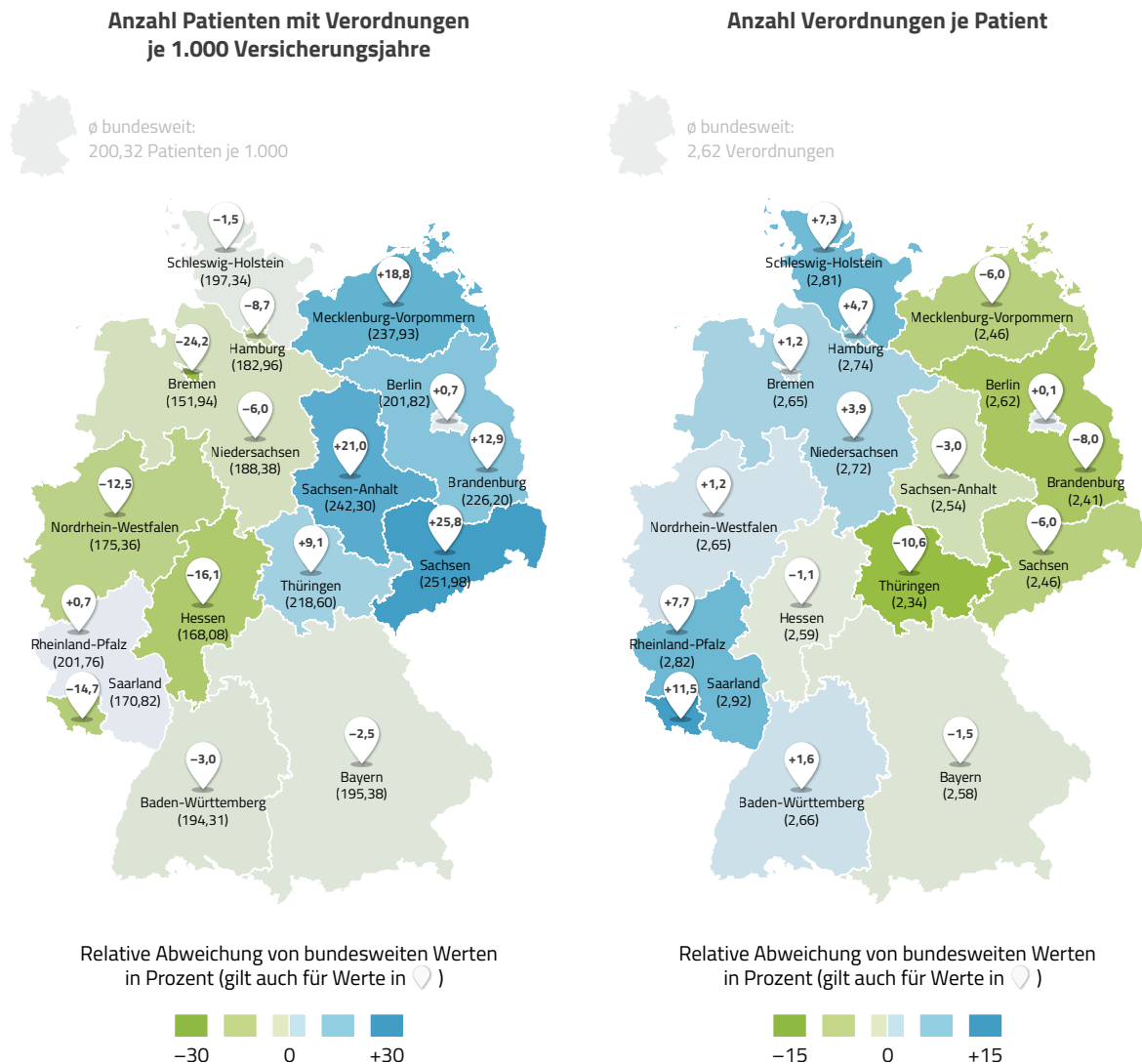
Bei der Analyse der Ursache für regionale Unterschiede gilt es, drei mögliche Treiberfaktoren zu unterscheiden. Erstens können Preisunterschiede vorliegen, das heißt, dass eine an sich gleiche Leistung unterschiedlich vergütet wird, je nachdem, in welchem Land diese erbracht wird. Allerdings hat das TSVG ab Mitte 2019 bundesweit identische Preise festgelegt. Für die Zeit davor gab es noch den Einfluss regional unterschiedlicher Preise. Betrachtet man das Jahr 2020, ist ein regionaler Preiseffekt allerdings vollständig ausgeschlossen. Eine zweite mögliche Ursache für regionale Kostenunterschiede sind Mengenunterschiede. Mengenunterschiede können gegeben sein, wenn die Versicherten regional mehr oder weniger Leistungen in Anspruch nehmen. Dies könnte unter anderem begründet sein in Alters- und Morbiditätsunterschieden in der Bevölkerung der Länder. Ein dritter Faktor für regionale Kostenunterschiede könnten Strukturunterschiede sein. Strukturunterschiede können entstehen, wenn regional andere Leistungsschwerpunkte vorhanden sind. Beispielsweise kann es sein, dass in bestimmten Regionen vermehrt höherpreisige Leistungen wie zum Beispiel Manuelle Therapie verordnet werden, während in anderen Regionen die Krankengymnastik überwiegt.

4.1 Regionale Mengenunterschiede 2020

Der Verdacht, dass Mengenunterschiede ein wichtiger Treiber für regionale Unterschiede sind, kommt bei der Betrachtung von Abbildung 12 auf. Es ist ersichtlich, dass die regionale Struktur der Patientenquote mit der regionalen Struktur der Kostenunterschiede fast identisch ist. Bei diesem Zusammenhang handelt es sich um eine von zwei möglichen Dimensionen des Mengeneffekts: Wie viele Patienten nehmen überhaupt Leistungen in Anspruch? Zudem ist die Anzahl an Leistungen, die pro Patient erbracht werden, entscheidend. Abbildung 12 zeigt nun bereits, dass der Anteil an Menschen mit Heilmittelbedarf regional stark variiert und daher ein Mengenunterschied vorliegt. Dieser Befund könnte durch die Altersstruktur verursacht sein.

Den Effekt einer unterschiedlich alten Wohnbevölkerung eliminieren wir durch die Anwendung der direkten Alters- und Geschlechtsstandardisierung im Heilmittel-Atlas, bei der regionale Patientenquoten so bestimmt werden, als ob in jedem Bundesland die gleiche Standardbevölkerung ansässig wäre. So standardisiert kann man nun unabhängig von Alter und Geschlecht beurteilen, ob mehr Heilmittel-Patienten oder mehr Verordnungen für die gleichen Patienten zu den regionalen Mengenunterschieden führen.

Abbildung 13: Standardisierte Patientenquoten für Heilmittel und Anzahl Verordnungen je Patient nach Bundesländern im Jahr 2020

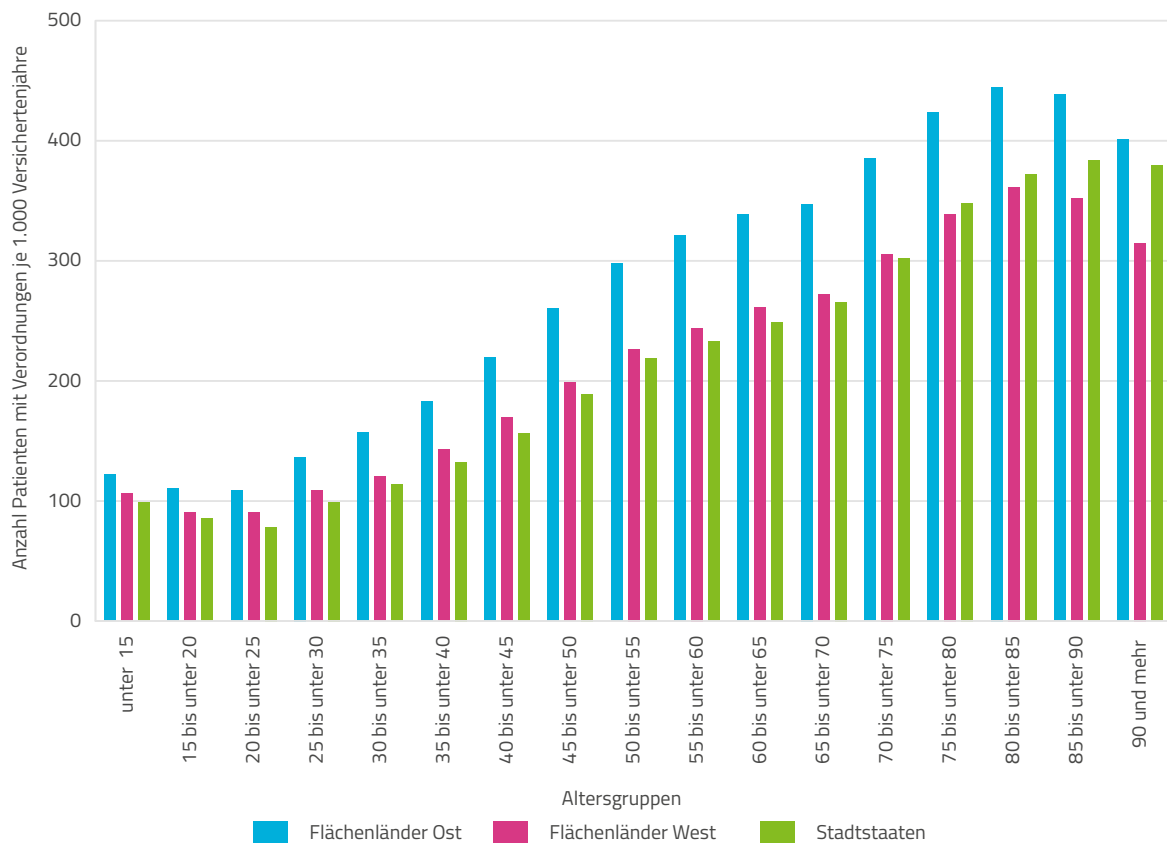


Quelle: BARMER-Daten 2018–2020

Die standardisierte Patientenquote (Abbildung 13, links) zeigt im Vergleich zur nicht standardisierten (Abbildung 12) nur geringe Unterschiede bei der Verteilung über- und unterdurchschnittlicher Länder auf. Die Höhe der Abweichung zum Bundesschnitt sinkt zwar deutlich, die Verteilung bleibt jedoch gleich.

Heilmittel-Patienten aus den östlichen Flächenländern bekommen im Vergleich zu Patienten aus den westlichen Flächenländern weniger Verordnungen, wenn sie bereits im Kalenderjahr mindestens eine Heilmittelbehandlung erhalten haben, das heißt, es gibt weniger Folgeverordnungen (Abbildung 13, rechts). Allerdings ist die Abweichung mit Ausnahme des Landes Thüringen in einem kleinen Prozentbereich. Somit ist zu folgern, dass Versicherte aus den östlichen Flächenländern weitaus eher ein Heilmittel verschrieben bekommen als Versicherte gleichen Alters und Geschlechts aus den westlichen Flächenländern und den Stadtstaaten. Ferner lässt sich konstatieren, dass die regionalen Ausgabenstrukturen maßgeblich durch die regional unterschiedlichen Patientenquoten bestimmt werden.

Abbildung 14: Relative Patientenquoten für alle Heilmittel nach Region und Alter



Quelle: BARMER-Daten 2018–2020

Abbildung 14 zeigt die Patientenquoten für Heilmittel zusammengefasst für drei Regionen und differenziert in 17 Altersklassen. Dies zeigt sehr eindrücklich, dass in jeder Altersklasse vom Kind bis zum Greis die Patientenquote in den neuen Bundesländern deutlich höher ist als im restlichen Gebiet Deutschlands. Den größten relativen Unterschied findet man bei den 55- bis 60-Jährigen mit knapp 32 Prozent. In dieser Altersgruppe bekommen in westlichen Flächenländern circa 27 Prozent der GKV-Versicherten eine Heilmittelversorgung, in östlichen Flächenländern hingegen 32 Prozent. In den Stadtstaaten, und hier ragt Berlin heraus, kann man zudem beobachten, dass die älteren Versicherten eine leicht überdurchschnittliche Patientenquote aufweisen.

Die Übersicht in Tabelle 2 zeigt Relation und Verteilung der Patientenquoten in der Physiotherapie nach Altersgruppen und Ländern. Hier ist gut zu sehen, dass Sachsen und Sachsen-Anhalt in allen Altersgruppen die höchsten Patientenquoten aufweisen. In der Gruppe der Flächenländer West weisen NRW, Hessen und das Saarland die niedrigsten Patientenquoten aus.

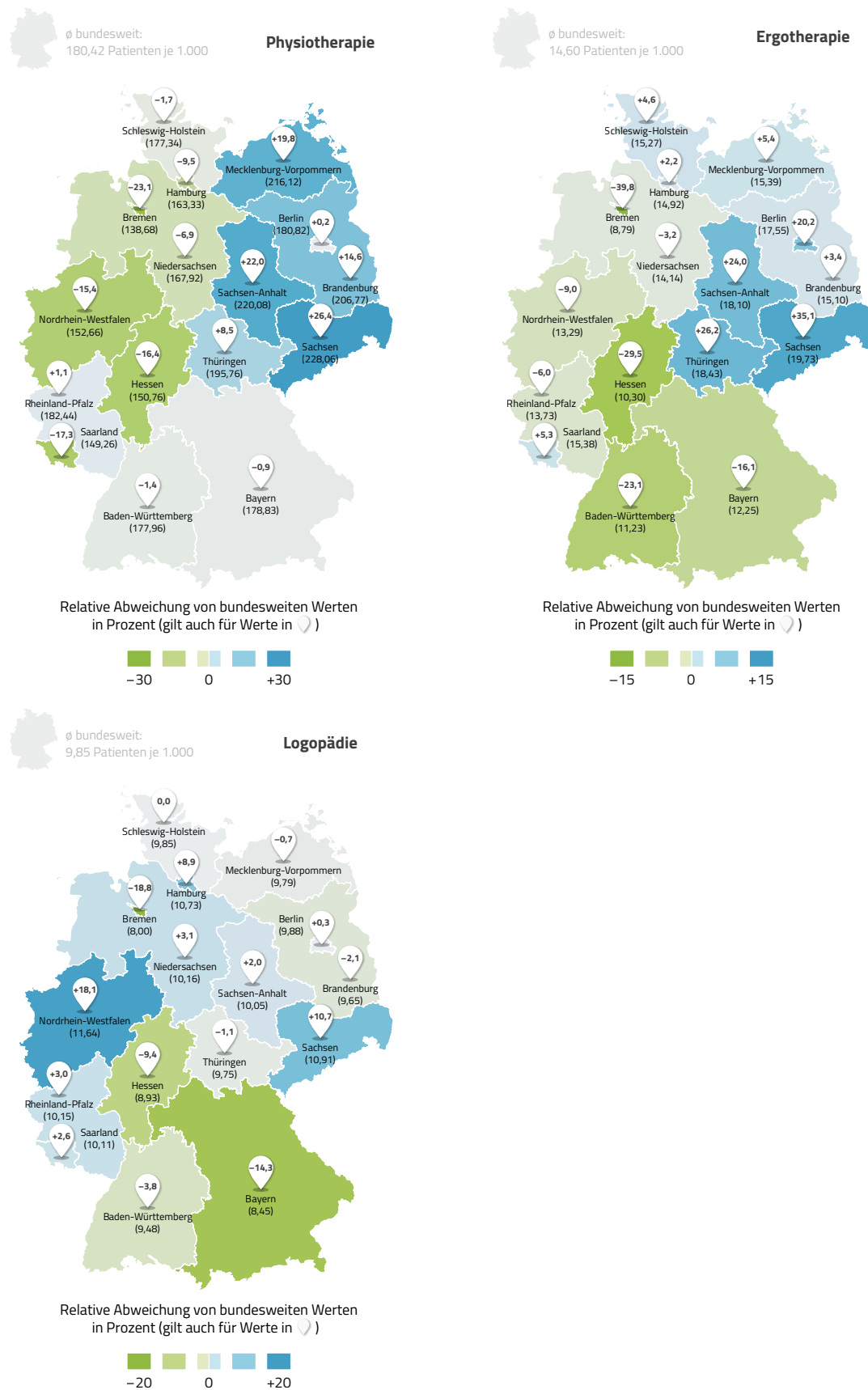
Tabelle 2: Patientenquote in der Physiotherapie relativ zum Altersdurchschnitt nach Bundesland und Alter

Altersgruppen	Anzahl Patienten mit Verordnungen je 1.000 Versichertenjahre															
	Schleswig-Holstein	Hamburg	Niedersachsen	Bremen	Nordrhein-Westfalen	Hessen	Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	Bayern	Saarland	Berlin	Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Thüringen
unter 15	114	99	100	63	104	83	99	86	82	93	93	110	116	128	123	106
15 bis u. 20	108	91	96	67	89	84	101	102	103	88	98	107	113	129	122	101
20 bis u. 25	109	96	96	78	87	80	107	101	111	83	95	108	116	121	113	98
25 bis u. 30	102	102	96	72	85	80	102	100	110	84	94	105	114	121	121	111
30 bis u. 35	101	98	92	71	84	77	103	100	103	85	94	112	120	124	130	105
35 bis u. 40	103	91	96	76	84	79	104	98	102	80	94	115	123	124	122	109
40 bis u. 45	103	87	95	74	84	80	106	97	102	82	92	116	122	125	128	108
45 bis u. 50	98	85	96	80	84	82	105	96	100	79	95	117	124	124	124	113
50 bis u. 55	99	87	92	71	84	85	100	97	99	83	97	119	124	126	126	111
55 bis u. 60	96	87	91	76	83	84	101	95	100	84	98	118	121	126	125	113
60 bis u. 65	94	86	91	76	83	86	100	98	103	81	99	117	123	129	122	112
65 bis u. 70	97	87	91	82	84	88	101	101	101	79	102	115	118	127	121	106
70 bis u. 75	96	88	93	74	85	88	100	103	99	88	104	115	118	126	117	106
75 bis u. 80	96	91	94	85	85	88	101	102	96	81	106	112	117	125	115	105
80 bis u. 85	95	96	94	85	86	86	101	102	94	85	111	111	113	124	112	103
85 bis u. 90	97	102	91	83	86	83	100	102	90	84	119	109	115	126	111	102
über 90	96	117	90	85	86	74	98	103	84	86	135	105	113	128	105	95

Quelle: BARMER-Daten 2018–2020

Um diesen Unterschieden weiter auf den Grund zu gehen, sehen wir uns nun die standardisierten Patientenquoten der einzelnen Heilmittel-Leistungsbereiche an.

Abbildung 15: Standardisierte Patientenquoten in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie nach Bundesländern im Jahr 2020



Quelle: BARMER-Daten 2018–2020

Zunächst fällt auf, dass in der Physiotherapie und der Ergotherapie das bereits bekannte Ost-West-Gefälle vorhanden ist. Für die Logopädie gilt dies nicht. Da die Physiotherapie den weitaus größten Anteil an den Kosten und Fällen der Heilmittelversorgung ausmacht, ist es plausibel, dass diese Leistungsart bestimmend für die regionale Kostenverteilung im gesamten Heilmittelbereich ist (Abbildung 2). Unterschiede findet man auch bei der Logopädie mit einer Spannbreite von –19 Prozent in Bremen bis zu +18 Prozent in Nordrhein-Westfalen. Diese sehr spezielle regionale Verteilung wird vom Heilmittelbericht 2020 des WIdO mit den Daten der AOK bestätigt (Waltersbacher, 2020, S. 17). Dort sticht insbesondere der KV-Bereich Nordrhein heraus, und die KV Bayern zeigt die niedrigsten Werte.

4.2 Regionale Strukturunterschiede in der Physiotherapie

Abweichungen in der Leistungsstruktur, die die erheblichen Kostenunterschiede zwischen Ost und West erklären können, können nur bei den physiotherapeutischen Leistungen gefunden werden. Mit fast drei Vierteln der Leistungsausgaben dominiert diese Leistungsart die Gesamtkosten für Heilmittel. Zudem wurde oben gezeigt, dass in der Logopädie eine andere regionale Verteilung zu erkennen ist.

Die Leistungen der Physiotherapie beschäftigen sich mit Einschränkungen in der Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des Körpers. Tabelle 3 zeigt die am häufigsten verordneten Maßnahmen der Physiotherapie im Überblick.

Tabelle 3: Überblick der häufigsten Leistungen der Physiotherapie

Leistung	Therapieziele (Auswahl)	Indikationen (Auswahl)	Besondere Qualifikation des Therapeuten erforderlich?
Krankengymnastik	Verbesserung der aktiven Beweglichkeit und Koordination, Schmerzlinderung	passive und aktive Bewegungsstörungen an der Wirbelsäule, den Gelenken oder den Muskeln	nein
Manuelle Therapie	Wiederherstellung der physiologischen Gelenk- und Muskelfunktion, Schmerzlinderung	manualtherapeutische Diagnostik, Gelenkfunktionsstörungen, Bewegungsstörungen der Wirbelsäule, Nervenkompressionen	ja (mindestens 260 Stunden)
Krankengymnastik ZNS	Verbesserung der Motorik, Sensomotorik und Koordination, Bahnung physiologischer Bewegungsmuster, Vermeidung sekundärer Schäden	spastische Lähmungen, Koordinationsstörungen, komplexe periphere Lähmungen, Bewegungsstörung in Folge von Polytraumen	ja (mindestens 120 Stunden)
Massagetherapie	Verbesserung der Durchblutung, Regulation des Muskeltonus	Muskelspannungsstörungen, Gewebeverhärtungen, Vernarbungen	nein

Leistung	Therapieziele (Auswahl)	Indikationen (Auswahl)	Besondere Qualifikation des Therapeuten erforderlich?
Manuelle Lymphdrainage	Abflussförderung der interstitiellen Flüssigkeit über das Lymphsystem, Steigerung der Lymphangiomotorik	Lymphödeme, posttraumatische oder postoperative Ödeme, schmerzlos oder schmerzhaft	ja (mindestens 170 Stunden)
Elektrotherapie	Schmerzlinderung, Abschwellung, Durchblutungsförderung	lokale Schmerzen, Ödeme, Hämatome, Muskelschwäche	nein
Wärme-/ Kältetherapie	Muskeldetonisierung, Verbesserung der Dehnfähigkeit, Schmerzdämpfung, als ergänzendes Heilmittel zur Wirkungssteigerung	Schmerzen, Muskelverspannungen	nein
Traktionsbehandlung (mit Gerät als Einzelbehandlung)	Entlastung der Gelenke und Nervenwurzeln durch dosierte Zugkraft mit Gerät	Hypomobilität der Wirbelsäule oder Gelenke, Schmerzen aufgrund Gelenkkompressionen	nein

Quelle: Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie vom 01.08.2021, Anlage 1 Leistungsbeschreibung

Tabelle 4 zeigt die standardisierten Patientenquoten innerhalb der Physiotherapie, gegliedert in die Leistungsarten von Tabelle 3. Die angegebenen Werte repräsentieren somit den Patientenanteil innerhalb der Standardbevölkerung, welcher mindestens eine der benannten Therapien in Anspruch genommen hat. Für die Analyse wurde das Jahr 2019 gewählt, um keine Verzerrungen durch die COVID-Pandemie abzubilden. Die häufigste Physiotherapie-Leistung ist die Krankengymnastik. 129 Patienten pro 1.000 Versicherte erhalten die Leistung im Bundesdurchschnitt. In den Regionen gibt es hierbei Unterschiede. Die GKV-Versicherten der westlichen Flächenländer werden am häufigsten mit Krankengymnastik behandelt; die GKV-Versicherten der östlichen Flächenländer am seltensten. Dort dominiert hingegen die Manuelle Therapie. Im Osten erhalten – unabhängig von Alter und Geschlecht – doppelt so viele GKV-Versicherte im Vergleich zum Bundesdurchschnitt und dreimal so viele GKV-Versicherte im Vergleich zu den westlichen Flächenländern diese Therapieform. Mit Blick auf die Mengenverteilung wird deutlich, dass das Mehr an Manueller Therapie im Osten keine Kompensation für die dort seltenere Krankengymnastik ist. Ähnlich auffällig, wenn auch in der Gesamtbetrachtung von geringer Bedeutung, sind die Massagen und die Elektrotherapie. Auch hier ist zu sehen, dass deutlich mehr GKV-Versicherten der östlichen Flächenländer eine solche Therapie erhalten.

Insgesamt ist festzustellen, dass sich neben der höheren Patientenquote vor allem die Struktur der physiotherapeutischen Leistungen zwischen den neuen und alten Bundesländern ganz erheblich unterscheidet. Die vom Patienten eher passiv erlebten Arten der Physiotherapie (Manuelle Therapie, Wärme-, Kältetherapie, Massagen und Elektrotherapie) werden in den neuen Bundesländern um ein Vielfaches häufiger verordnet und erbracht als im übrigen Bundesgebiet. Leistungen der Krankengymnastik, die mehr aktivierende Elemente und Anleitungen zur Selbstübung beinhalten, werden in den neuen Bundesländern seltener, aber immer noch fast auf dem Häufigkeitsniveau der Stadtstaaten erbracht. Der Unterschied der Alters- und Geschlechtsstruktur ist hierbei durch die Standardisierung bereits herausgerechnet.

Tabelle 4: Standardisierte Patientenquote in der Physiotherapie nach Leistungsarten und Region im Jahr 2019

Therapie	Anzahl Patienten mit Verordnungen je 1.000 Versichertenjahre			
	Flächenland Ost	Flächenland West	Stadtstaat	Bund
Manuelle Therapie	112,9	33,1	47,9	60,8
Krankengymnastik	111,5	142,0	126,0	129,4
Wärme- und Kältetherapie	73,7	23,2	56,0	45,1
Massagen	23,1	10,4	9,8	14,3
Manuelle Lymphdrainage	19,5	19,8	16,3	19,0
Elektrotherapie	11,0	1,8	4,0	5,1
Traktionsbehandlung	3,1	1,7	0,9	2,0

Quelle: BARMER-Daten 2019

Verordnungen durch ärztliche Fachgruppen in der Physiotherapie

In der nachfolgenden Tabelle 5 werden die drei häufigsten Leistungen sowie die Gesamtheit der physiotherapeutischen Leistungen hinsichtlich derjenigen Arztgruppen aufgeschlüsselt, die hauptsächlich diese Leistungen verordnen.

Blickt man zunächst auf die gesamten Leistungen der Physiotherapie in Deutschland, fällt auf, dass fast die Hälfte der Leistungen von Hausärzten verordnet wird. Etwa ein Drittel stammt von Chirurgen beziehungsweise Orthopäden und circa zehn Prozent stammen von Neurologen und Ärzten der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin (PRM). Die „sonstigen Ärzte“ sind unter anderem Gynäkologen, nicht hausärztlich tätige Internisten und nicht eindeutig zugeordnete Ärzte. Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte in diesen Fachgruppen ist höchst unterschiedlich. Im Jahr 2018 waren etwa 55.000 Hausärzte, 13.600 Chirurgen und Orthopäden, 5.900 Neurologen und 600 PRM-Ärzte zugelassen. Das heißt im Umkehrschluss, dass jeder Orthopäde beziehungsweise Chirurg im Schnitt 2,9-mal so viele, jeder Neurologe 1,2-mal so viele und jeder PRM-Mediziner 6,5-mal so viele Heilmittel verschreibt wie ein durchschnittlicher Hausarzt.

In den Stadtstaaten verordnen die Orthopäden mehr physiotherapeutische Leistungen als alle Hausärzte. Die Verordnungsdichte der Fachärzte ist hier sicherlich höher als in den Flächenländern. Der Anteil der Verordnungen durch Orthopäden ist auch in den neuen Bundesländern deutlich höher als in den westlichen Flächenländern. Dort werden physiotherapeutische Leistungen in erster Linie durch Hausärzte verordnet. Dieser Befund zeigt sich auch bei den ausgewählten Einzelleistungen der Krankengymnastik, der Manuellen Therapie und der Wärme- und Kältetherapie. Auch hierbei findet man eine höhere Verschreibungsdichte in ostdeutschen Flächenländern.

Tabelle 5: Anteil der Physiotherapie-Verordnungen nach ärztlichen Fachgruppen je Leistungsart und Region im Jahr 2019

Therapie	Verordner	Anteil an Verordnungen in Prozent			
		Flächenland Ost	Flächenland West	Stadtstaat	Bund
alle physio- therapeutischen Heilmittel	Hausarzt	47	54	32	48
	Chirurg/Orthopäde	35	29	42	33
	Neurologe	6	6	8	6
	PRM	3	2	7	3
	Sonstige	9	9	11	9
Kranken- gymnastik	Hausarzt	43	50	29	44
	Chirurg/Orthopäde	41	36	51	40
	Neurologe	8	6	9	7
	PRM	2	2	5	2
	Sonstige	6	6	7	6
Manuelle Therapie	Hausarzt	48	41	20	41
	Chirurg/Orthopäde	36	33	48	37
	Neurologe	4	3	5	3
	PRM	3	5	13	5
	Sonstige	9	19	14	13
Wärme- und Kältetherapie	Hausarzt	35	37	20	32
	Chirurg/Orthopäde	46	32	47	43
	Neurologe	6	6	7	6
	PRM	4	4	14	7
	Sonstige	9	21	13	13

Quelle: BARMER-Daten 2019

Eine kausale Erklärung für die deutlich höhere Patientenquote und die wesentlich häufigere Inanspruchnahme der Manuellen Therapie und anderer passiver physiotherapeutischer Leistungen in den neuen Bundesländern bietet dieser empirische Befund nicht. Auch wenn der Verordnungsanteil der Chirurgen und Orthopäden in den Flächenländern des Ostens und in den Stadtstaaten deutlich höher ist, weichen die jeweiligen verordneten Leistungen deutlich voneinander ab. Auch die Facharztdichte von Orthopäden je 100.000 Einwohner (Bund: 16,6) erklärt den Unterschied nicht. In den Stadtstaaten ist diese höher (Hamburg: 19,0; Bremen: 20,9, Berlin: 18,6), in den Flächenländern des Ostens (Sachsen: 18,9; Thüringen: 18,9; Sachsen-Anhalt: 17,1; Brandenburg: 15,3, Mecklenburg-Vorpommern: 16,7) hingegen näher am Bundesdurchschnitt. Allerdings fällt auf, dass die Versorgungsdichte mit Orthopäden in Sachsen und Thüringen das Niveau von Hamburg erreicht (KBV, 2021).

Werfen wir einen anderen Blick auf das Ordnungsverhalten der Arztgruppen: Wie viele Verordnungen stellt der Arzt einer Fachgruppe durchschnittlich pro Jahr aus? Tabelle 6 zeigt die Anzahl an Verordnungen für Physiotherapie je Arzt innerhalb einer bestimmten Arztgruppe.

Tabelle 6: Verordnungen für Physiotherapie je Arztgruppe je Arzt

	Anzahl Verordnungen				
	alle Fachgruppen	Hausärzte	Chirurgen	Orthopäden	Neurologen
Bund	391	342	497	1.236	410
Schleswig-Holstein	383	347	489	1.341	362
Hamburg	366	246	694	1.232	417
Bremen	306	185	584	1.292	239
Niedersachsen	386	376	485	1.022	396
Nordrhein	354	256	461	1.090	581
Westfalen	358	319	402	1.002	465
Hessen	340	301	351	1.054	303
Rheinland-Pfalz	429	454	578	990	448
Saarland	344	369	376	726	348
Bayern	381	366	470	1.188	283
Baden-Württemberg	403	356	476	1.326	353
Mecklenburg-Vorpommern	458	446	781	1.618	507
Brandenburg	405	376	577	1.510	353
Berlin	367	191	578	1.487	393
Sachsen-Anhalt	516	484	578	1.958	511
Thüringen	425	417	443	1.236	442
Sachsen	519	488	676	1.923	497

Quelle: GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland 2020

Es wird deutlich, dass die meisten Verordnungen von Orthopäden ausgestellt werden. Die Ärzte aus den neuen Bundesländern stellen hierbei mehr Verordnungen aus als ihre Kollegen aus dem Westen. Vor allem in Sachsen beträgt dieser Unterschied fast 60 Prozent. Gleiches gilt für Chirurgen und Hausärzte, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau. Zwar darf man diese Aussage nicht verallgemeinern, da bei dem erhöhten Altersdurchschnitt der östlichen Bundesländer eine erhöhte Verordnungs menge zu erwarten war. Dennoch liefern Tabelle 5 und 6 ein deutliches Indiz dafür, dass die Ärzte in den neuen Bundesländern überproportional viele physiotherapeutische Heilmittel verordnen und hier vor allem auf passive Maßnahmen wie die Manuelle Therapie abstellen. Bedenkt man zudem, dass die Manuelle Therapie (15–25 Minuten) 2020 mit 25,35 Euro, die krankengymnastische Behandlung als Einzelbehandlung (15–25 Minuten) hingegen mit 21,11 Euro vergütet wird, erklären sich in Kombination mit den unterschiedlichen Patientenquoten die Kostenunterschiede zwischen Ost und West (Abbildung 4 und 11).

4.3 Regionale Strukturunterschiede in der Ergotherapie

Die Maßnahmen der Ergotherapie dienen der Wiederherstellung, Besserung, Erhaltung, Aufbau oder Stabilisierung oder der Kompensation krankheitsbedingter Schädigungen der motorischen, sensomotorischen, perzeptiven und mentalen Funktionen und daraus resultierender Beeinträchtigungen von Aktivitäten, der Teilhabe, insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, Mobilität, der Alltagsbewältigung, Interaktion und Kommunikation sowie des häuslichen Lebens.

Sie bedienen sich komplexer aktivierender und handlungsorientierter Methoden und Verfahren, unter Einsatz von adaptiertem Übungsmaterial, funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen. Sie umfassen auch Beratungen zur Schul-, Arbeitsplatz-, Wohnraum- und Umfeldanpassung.

Die Ergotherapie ist mit circa 15 Prozent Umsatzanteil der zweitgrößte Bereich der Heilmittelversorgung. Für 1.000 Versicherte werden jährlich hochgerechnet circa 15.000 Euro für die Versorgung mit Ergotherapie gezahlt, bei rund 36 Verordnungen. Erneut zeigen sich erkennbare regionale Unterschiede, die nur zum Teil mit der Altersstruktur der Regionen erklärt werden können.

Abbildung 16: Standardisierte Kosten je Versicherten für Ergotherapie



Quelle: BARMER-Daten 2018–2020

Die bereits aus der Physiotherapie bekannten regionalen Unterschiede finden sich im Wesentlichen auch hier wieder. Auch mit Standardisierung verbleibt der Befund einer erhöhten Inanspruchnahme in den meisten Flächenländern des Ostens. Ein Vergleich der Leistungen in der Ergotherapie auf Ebene der bereits bekannten Regionen zeigt Tabelle 7. Etwa 6,9 von 1.000 Versicherten nutzen Therapien bei motorisch-funktionellen Störungen in den östlichen Flächenländern. Dies sind 64 Prozent mehr als im Bundesdurchschnitt und 97 Prozent mehr als in den Flächenländern des Westens.

Tabelle 7: Standardisierte Patientenquote in der Ergotherapie nach Leistungsart und Region im Jahr 2019

Therapie	Anzahl Patienten mit Verordnungen je 1.000 Versichertenjahre			
	Flächenland Ost	Flächenland West	Stadtstaat	Bund
sensorisch-perzeptive Störungen	8,2	6,8	6,5	7,0
motorisch-funktionelle Störungen	6,9	3,5	5,4	4,2
psychisch-funktionelle Störungen	4,9	2,5	4,7	3,1
Hirnleistungstraining	1,5	0,7	1,2	0,8

Quelle: BARMER-Daten 2019

Gliedert man die Leistungen weiter nach den verordnenden Arztgruppen auf (Tabelle 8), fällt zunächst auf, dass die meisten Verordnungen von den Hausärzten getätigt werden – circa 56 Prozent. Im Vergleich zu der Physiotherapie gibt es mit circa 19 Prozent Anteil an den Verordnungen eine höhere Quote bei den Neurologen. Der Verschreibungsanteil durch die Chirurgen und Orthopäden ist hingegen deutlich geringer mit acht Prozent. Erwartungsgemäß steigt der Verordnungsanteil der Chirurgen und Orthopäden auf circa 30 Prozent an, wenn man nur die Therapien bei motorisch-funktionellen Störungen betrachtet.

Tabelle 8: Anteil der Ergotherapie-Verordnungen nach ärztlichen Fachgruppen je Leistungsart und Region im Jahr 2019

Indikation	Anteil an Verordnungen in Prozent				
	Verordner	Flächenland Ost	Flächenland West	Stadtstaat	Bund
alle Heilmittel	Hausarzt	56	60	44	56
	Neurologie	18	17	24	19
	Chirurg/Orthopäde	10	6	11	8
	Kinderarzt	3	4	5	4
	PRM	1	1	2	1
	Sonstige	13	11	14	12
sensorisch-perzeptive Störungen	Hausarzt	69	71	57	68
	Neurologie	16	16	22	17
	Chirurg/Orthopäde	2	1	4	2
	Kinderarzt	4	5	8	5
	PRM	0	1	2	1
	Sonstige	8	7	8	7
motorisch-funktionelle Störungen	Hausarzt	49	48	35	46
	Neurologie	10	12	14	12
	Chirurg/Orthopäde	29	27	38	30
	Kinderarzt	0	0	0	0
	PRM	2	2	5	3
	Sonstige	9	10	9	10
psychisch-funktionelle Störungen	Hausarzt	35	39	28	35
	Neurologie	21	20	24	21
	Chirurg/Orthopäde	11	5	11	8
	Kinderarzt	5	7	6	6
	PRM	1	1	3	2
	Sonstige	27	28	27	28

Quelle: BARMER-Daten 2019

Zwischen den Flächenländern im Osten und im Westen und den Stadtstaaten zeichnen sich deutliche Unterschiede ab. In Stadtstaaten erfolgen Verordnungen am häufigsten durch Fachärzte, in den Flächenländern des Westens am häufigsten durch Hausärzte und in den Flächenländern des Ostens gibt es ein durchmisches Bild. Die Abweichungen der Werte der Regionen vom Bundesdurchschnitt sind insgesamt eher gering. Das deutet auf keinen bedeutenden Einfluss einer regional unterschiedlichen Haus- und Facharztquote hin.

Methodenteil: Standardisierung und Hochrechnung

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 Patienten mit Heilmittelbedarf (200/150). Um beide Regionen unabhängig der Altersstruktur zu vergleichen, wird nun die Altersstandardisierung angewandt. Hierbei werden die Patientenquoten mit der Standardbevölkerung multipliziert. Als Standardbevölkerung dient die Gesamtbevölkerung aus Ost und West.

	Ost			West		
	Patientenquote je 1.000 Ein- wohner	Standard- bevölkerung	Patienten (fiktiv)	Patientenquote je 1.000 Ein- wohner	Standard- bevölkerung	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 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.

Literaturverzeichnis

Bundesagentur für Arbeit (2021). Entgeltatlas. Verfügbar unter: <https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/> [27.10.2021]

Bundesministerium für Gesundheit. (2017). Pressemitteilung. Verfügbar unter: <https://www.werner-sellmer.de/files/16.02.2017-Presseinformation--HHVG.pdf> [14.10.2021]

Bundesministerium für Gesundheit (2020). Verordnung zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen sowie zur Pflegehilfsmittelversorgung. COVID-19-VSt-SchutzV. In: Bundesanzeiger (S. 1–3). Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/C/COVID-19-VSt-SchutzV.pdf [14.10.2021]

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> [14.10.2021]

Drucksache (18/10186). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Bundesregierung, Hrsg.). Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/101/1810186.pdf> [14.10.2021]

HIS-Bericht (2021). HIS-Quartalsbericht 2019.

KBV (2021). Gesundheitsdaten. Verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16391.php> [19.10.2021]

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

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).

Simon, B. (2021). So entwickeln sich die Gehälter in der Ergotherapie. Ergotherapie und Rehabilitation, 10.

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

vdek – Verband der Ersatzkassen e.V. (2021). Preisvereinbarungen und Vergütungslisten bei Heilmitteln. Verfügbar unter: <https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/preisvereinbarungen.html> [19.10.2021]

Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Physiotherapie (2021). Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag/_jcr_content/par/download_14/file.res/20210801_Vertrag_125_Abs_1_SGB_V__Versorgung_mit_Leistungen_der_Physiotherapie_und_deren_Verguetung.pdf [14.10.2021]

Waltersbacher, A. (2020). Heilmittelbericht 2020. Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie (Wissenschaftliches Institut der AOK [WIdO], Hrsg.). Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_heilmittelbericht_2020.pdf [14.10.2021]

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung
HHVG	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
HIS-Bericht	GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland (GKV SV)
KM 6	Statistik zur Versichertenzahl der GKV
KJ 1	Statistik über die endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
PRM	Ärzte der physikalischen und rehabilitativen Medizin
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
vdek	Verband der Ersatzkassen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Heilmittel, Ausgaben und Versicherte 2018, 2019 und 2020	3
Tabelle 2:	Patientenquote in der Physiotherapie relativ zum Altersdurchschnitt nach Bundesland und Alter	24
Tabelle 3:	Überblick der häufigsten Leistungen der Physiotherapie	26
Tabelle 4:	Standardisierte Patientenquote in der Physiotherapie nach Leistungsarten und Region im Jahr 2019	28
Tabelle 5:	Anteil der Physiotherapie-Verordnungen nach ärztlichen Fachgruppen je Leistungsart und Region im Jahr 2019	29
Tabelle 6:	Verordnungen für Physiotherapie je Arztgruppe je Arzt	30
Tabelle 7:	Standardisierte Patientenquote in der Ergotherapie nach Leistungsart und Region im Jahr 2019	33
Tabelle 8:	Anteil der Ergotherapie-Verordnungen nach ärztlichen Fachgruppen je Leistungsart und Region im Jahr 2019	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ausgabenanteile nach Heilmittelbereich in Prozent	4
Abbildung 2:	Mengenentwicklung (Verordnungen GKV) absolut 2018 bis 2020 in Quartalen, als Jahressumme und Trend, gegliedert nach Leistungsarten	5
Abbildung 3:	Anteil der Versicherten mit Verordnung von Heilmitteln nach Alter und Geschlecht (links) und nach Leistungsbereichen (rechts) im Jahr 2018	8
Abbildung 4:	Kosten je Versicherten 2020 nach Bundesländern ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung	9
Abbildung 5:	Kosten je Versicherten 2020 nach Bundesländern mit Alters- und Geschlechtsstandardisierung	11
Abbildung 6:	Preisentwicklung der wichtigsten physiotherapeutischen Leistungen 2017 bis 2021	13
Abbildung 7:	Umsatz- und Einkommensentwicklung in der Physiotherapie 2017 bis 2020	14
Abbildung 8:	Preisentwicklung der wichtigsten logopädischen Leistungen 2017 bis 2022	15
Abbildung 9:	Preisentwicklung der wichtigsten ergotherapeutischen Leistungen 2017 bis 2021	16
Abbildung 10:	Umsatz- und Einkommensentwicklung bei der Logopädie und Ergotherapie 2017 bis 2020	17
Abbildung 11:	Relative Verteilung der Einkommen angestellter Therapeuten in Vollzeit und Ausgaben der Krankenkassen in der Physio- und Ergotherapie	18
Abbildung 12:	Patientenquoten für Heilmittel nach Bundesländern im Jahr 2020	20
Abbildung 13:	Standardisierte Patientenquoten für Heilmittel und Anzahl Verordnungen je Patient nach Bundesländern im Jahr 2020	22
Abbildung 14:	Relative Patientenquoten für alle Heilmittel nach Bundesland und Alter	23
Abbildung 15:	Standardisierte Patientenquoten in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie nach Bundesländern im Jahr 2020	25
Abbildung 16:	Standardisierte Kosten je Versicherten für Ergotherapie	32

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin

Autoren

Nikolaus Schmitt,
Danny Wende

Medizinische Beratung

Leona Schweizer

Daten-Support

Heiko Lenzen

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, sind damit alle Geschlechter gemeint.

Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

Veröffentlichungstermin

November 2021

DOI

10.30433/heilmittel.2021.01

Copyright



Lizenziert unter CC BY-NC 4.0