WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

AOK-Bundesverband Die Gesundheitskasse.

Pressekonferenz „Heilmittel-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Dienstag, 9. Juni 2026, Berlin

Inhaltsübersicht

- **Ihre Gesprächspartner/innen**
- **Pressemitteilung von AOK-Bundesverband und Wissenschaftlichem Institut der AOK (WIdO)**
- **Statement von Dr. Carola Reimann**
  Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes
- **Statement von Helmut Schröder**
  Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und Mitherausgeber des Heilmittel-Reports
- **Folien zum Statement von Helmut Schröder**
- **Statement von Prof. Dr. Christian Kopkow**
  Professor für Physiotherapie an der Brandenburgischen Technischen Universität (BTU) Cottbus-Senftenberg und Mitherausgeber des Heilmittel-Reports
- **Folien zum Statement von Prof. Dr. Christian Kopkow**

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

AOK-Bundesverband Die Gesundheitskasse.

Pressekonferenz „Heilmittel-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Dienstag, 9. Juni 2026, Berlin

Ihre Gesprächspartner/-innen

Dr. Carola Reimann
Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes

Helmut Schröder
Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und Mitherausgeber des Heilmittel-Reports

Prof. Dr. Christian Kopkow
Professor für Physiotherapie an der Brandenburgischen Technischen Universität (BTU) Cottbus-Senftenberg und Mitherausgeber des Heilmittel-Reports

Pressemitteilung

Heilmittel-Report 2026: Stetig steigende Kosten für Heilmittel-therapien, aber wenig Wissen über Versorgungsqualität

Sammelband beleuchtet Ansätze zur Messung und Verbesserung der Qualität von Heilmittel-Therapien

Dienstag, 9. Juni 2026, Berlin

Berlin, 9. Juni 2026. Im Heilmittelbereich sind seit Jahren stetig steigende Ausgaben zu verzeichnen, während über die Qualität der Versorgung kaum Informationen vorliegen. Auch die 2024 neu eingeführte Blankoverordnung für bestimmte Diagnosen in der Ergo- und Physiotherapie hat bei diesen Indikationen zu einem starken Anstieg von Behandlungen und Ausgaben geführt, während der Nutzen für die Patientinnen und Patienten durch die neue Therapiefreiheit bisher noch unklar ist. Das macht der heute vorgestellte Heilmittel-Report 2026 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) deutlich. Er beleuchtet verschiedene Wege zur Messung und Verbesserung der Versorgungsqualität von der Akademisierung der Heilberufe über die Implementierung von Leitlinien bis zur Nutzung von Routinedaten der Krankenkassen für die Qualitätsmessung.

Laut Report haben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2024 knapp 13,3 Milliarden Euro für Heilmittel-Therapien ihrer Versicherten ausgegeben. Damit haben sich die Ausgaben innerhalb von zehn Jahren mehr als verdoppelt (2015: 6,1 Milliarden Euro). Ende 2025 lagen die GKV-Ausgaben bereits bei 14,7 Milliarden Euro. Sie sind damit im vergangenen Jahr erneut um 10,4 Prozent gestiegen. Ein Blick in die aktuelle Ausgaben-Statistik der AOK zeigt, dass sich dieser Trend mit einer Steigerungsrate von 8,7 Prozent im ersten Quartal 2026 fortsetzt. Der Bereich der Heilmittel hat damit auch im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen eine besonders hohe Ausgabendynamik. Verantwortlich für die Ausgabensteigerungen ist unter anderem eine bundesweite Angleichung des Vergütungsniveaus für die Leistungserbringer im Jahr 2019 und die Entkopplung der Vergütung von der Entwicklung der Grundlohnsumme in den Folgejahren. Zuletzt sorgte die Einführung der Blankoverordnung im Jahr 2024 für einen Anstieg der Kosten bei bestimmten Indikationen. Sie kann für

bestimmte Diagnosen im Bereich der Ergotherapie und für die Physiotherapie bei Erkrankungen im Bereich des Schultergelenks ausgestellt werden. Nach der ärztlichen Diagnose können die Therapeutinnen und Therapeuten dann eigenverantwortlich über das Heilmittel, die Behandlungsfrequenz und die Menge der Behandlungen entscheiden.

Blankoverordnungen verursachen höhere Kosten bei noch unklarem Nutzen

Für den Heilmittel-Report sind die aktuellen Daten zu den Blankoverordnungen im Bereich der Physiotherapie näher analysiert worden. Demnach machten die Blankoverordnungen im vergangenen Jahr zwar nur 2,4 Prozent aller Physiotherapie-Verordnungen mit einem Umsatzanteil von 4,5 Prozent aus. Im vierten Quartal 2025 ist aber bereits jede zweite Physiotherapie-Verordnung im Diagnosebereich der Schulterbeschwerden als Blankoverordnung ausgestellt worden. Diese Verordnungen kosteten im vierten Quartal 2025 durchschnittlich 714 Euro je Verordnung, während ärztliche Regelverordnungen im Schnitt nur mit 214 Euro zu Buche schlugen. „Das ist vor allem dadurch zu erklären, dass sowohl die Behandlungsdauer als auch die Frequenz der Behandlungen bei Blankoverordnungen höher lagen als bei den ärztlichen Regelverordnungen“, erläuterte Helmut Schröder, WIdO-Geschäftsführer und Mitherausgeber des Heilmittel-Reports. „Grundsätzlich halten wir es für sinnvoll, dass Therapeutinnen und Therapeuten mehr Verantwortung übertragen bekommen – das ist der richtige Weg“, betonte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, bei der Vorstellung des Reports. Damit verbunden sein müsse aber auch der verantwortliche Umgang mit den Ressourcen, vor allem mit der „wertvollen Arbeitszeit der Therapeutinnen und Therapeuten“, so Reimann. „Leider zeigen die ersten Daten zu den Blankoverordnungen, dass das noch nicht optimal funktioniert.“ Eine Ausweitung der Blankoverordnungen auf weitere Diagnosen sei daher erst zu rechtfertigen, wenn gesicherte Erkenntnisse zu besseren Outcomes, einem geringeren Risiko von Chronifizierungen oder zu messbaren Effizienzgewinnen vorlägen.

Zwei Drittel des Heilmittel-Umsatzes entfielen auf Physiotherapien

Mit 69,7 Prozent entfielen im Jahr 2024 laut Heilmittel-Report mehr als zwei Drittel des Heilmittel-Umsatzes der GKV auf Physiotherapien. Auch bei den abgerechneten Verordnungen hat die Physiotherapie mit 82,4 Prozent den höchsten Anteil. Sie ist vor allem für ältere Versicherte relevant, während bei den Kindern bis 14 Jahren vorrangig die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie Ergotherapie abgerechnet werden. „Zum Kostenanstieg im Heilmittelbereich beigetragen hat auch eine Ausweitung der Möglichkeit zu langfristigen Heilmitteltherapien“, berichtete Helmut Schröder. So hat sich die Zahl der Verordnungen des sogenannten langfristigen Heilmittelbedarfs seit der Einführung 2017 bis zum Jahr 2025 fast verfünffacht – von 56 Verordnungen auf 249 Verordnungen je 1.000 bei der AOK versicherte Heilmittelpatientinnen und -patienten. Auch beim Besonderen Versorgungsbedarf für Menschen mit schwerwiegenden oder langfristigen Erkrankungen, die Heilmittel für einen in der Regel begrenzten Zeitraum sehr intensiv benötigen, gab es

zwischen 2017 und 2025 einen Anstieg von 243 auf 704 Verordnungen je 1.000 AOK-versicherte Heilmittelpatientinnen und -patienten. Die Kosten für den langfristigen Heilmittelbedarf und den besonderen Versorgungbedarf haben sich im Jahr 2025 auf insgesamt 2,6 Milliarden Euro summiert. Damit entfielen 50 Prozent der Heilmittelkosten der AOK auf diese Verordnungsformen.

Report zeigt Ansätze für Verbesserung der Versorgungsqualität

In insgesamt 23 Kapiteln beleuchtet der Heilmittel-Report schwerpunktmäßig Ansätze zur Messung und Verbesserung von Qualität im Heilmittelbereich. Ein wichtiger Faktor zur Verbesserung der Qualität ist laut den beteiligten Expertinnen und Experten die Qualität der Ausbildung. „In 82 Prozent der europäischen Länder ist als Mindestqualifikation für Therapeutinnen und Therapeuten ein Bachelor-Abschluss erforderlich, in 13 Prozent ein Masterabschluss“, so WIdO-Geschäftsführer Helmut Schröder. Deutschland sei aktuell das einzige Land in Europa, in dem eine Berufsausbildung für Physiotherapeuten noch ausreicht. Die Zusammenarbeit zwischen fachschulisch und akademisch ausgebildeten Physiotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Differenzierung innerhalb des Berufes und einer Aufteilung der Verantwortlichkeiten, wie sie in anderen Ländern Praxis ist, könne auch für Deutschland einen sinnvollen Weg darstellen, so Schröder. „Der fehlende politische Wille, den vielfach geforderten Transformationsprozess von einer Teil- hin zu einer Voll-Akademisierung endlich zu beginnen, ist bedauerlich und steht nach meiner Auffassung einer wirklich zukunftsfesten Ausrichtung entgegen“, sagte Prof. Dr. Christian Kopkow, Professor für Physiotherapie an der Brandenburgischen Technischen Universität (BTU) Cottbus-Senftenberg und Mitherausgeber des Heilmittel-Reports 2026. Die Akademisierung sei eine „grundsätzliche Voraussetzung“ dafür, dass die Gesundheitsberufe im Heilmittelbereich eine eigenständige Forschungsstruktur aufbauen könnten. Nur dann könnten sie Studien durchführen und zu einer wissenschaftlichen Wissensbasis für die Heilmittel-Versorgung beitragen. Internationale Erfahrungen zeigen laut Heilmittel-Report, dass eine stärkere Akademisierung der Ausbildung evidenzbasierte Therapieentscheidungen fördern und die interprofessionelle Zusammenarbeit stärken kann.

Interprofessionelle Zusammenarbeit als Zukunftsmodell der Heilmittelversorgung

Voraussetzung für eine gelingende interprofessionelle Versorgung sei eine gemeinsame Ausbildung der verschiedenen Berufsgruppen, betonte Prof. Dr. Christian Kopkow. Das interprofessionelle Lehren und Lernen müsse „kontinuierlich und verbindlich in den Ausbildungen von Gesundheitsfachkräften verankert werden“, so Kopkow.

„Die Heilmittelerbringer müssen bei der Konzeption des Primärversorgungssystems, an dem die Bundesregierung gerade arbeitet, unbedingt mitgedacht werden“, forderte in diesem Zusammenhang AOK-Vorständin Reimann. „Als wesentlicher Bestandteil einer koordinierten ambulanten

Versorgung kann eine enge Kooperation im Rahmen der Primärversorgung die Versorgungsqualität spürbar verbessern und zugleich dazu beitragen, knappe personelle Ressourcen effizienter einzusetzen."

Leitlinien als wichtiges Instrument zur Qualitätsverbesserung

Ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität sind laut Heilmittel-Report auch Leitlinien mit Handlungsempfehlungen für eine angemessene und evidenzbasierte Versorgung. An der Leitlinien-Erstellung seien inzwischen mehrere Berufsverbände und wissenschaftliche Fachgesellschaften aus dem Heilmittel-Bereich aktiv beteiligt, berichtete Prof. Dr. Christian Kopkow. Leitlinien könnten helfen, Entscheidungen für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu treffen. Problematisch seien jedoch die mangelnde Bekanntheit und Umsetzung der vorhandenen Leitlinien. So hatten beispielsweise in einer deutschlandweiten Befragung nur rund 30 Prozent der teilnehmenden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten angegeben, die Nationale Versorgungsleitlinie zum nicht-spezifischen Kreuzschmerz zu kennen. Hindernisse für die Umsetzung von Leitlinien seien beispielsweise Konflikte zwischen den Empfehlungen und der eigenen klinischen Erfahrung, Zweifel an der Praxistauglichkeit von Leitlinien, mangelnde Unterstützung im Arbeitsumfeld, Zeitmangel sowie fehlende Vergütungsanreize.

Nutzung von Routinedaten der Krankenkassen zur Qualitätsmessung

Auch die bei den Krankenkassen ohnehin vorliegenden Abrechnungsdaten könnten zur Messung und Verbesserung der Versorgungsqualität im Heilmittelbereich genutzt werden, betonte WIdO Geschäftsführer Helmut Schröder. Einen ersten Ansatz gebe es im Rahmen des Qualitätsindikatorensystems für die ambulante Versorgung (QISA) von AOK und dem Göttinger aQua-Institut. Hier werde der Anteil der Patientinnen und Patienten mit anhaltenden Rückenschmerzen und mindestens vier Wochen Arbeitsunfähigkeit ausgewertet, bei denen entsprechend der Nationalen Versorgungsleitlinien Physiotherapie verschrieben werde. Dies sei laut der Auswertung nur bei knapp der Hälfte der betroffenen AOK-Versicherten der Fall. Die Ergebnisse würden den am Projekt beteiligten Arztpraxen zurückgespiegelt, um mehr Transparenz zu schaffen und die Versorgung zu verbessern. „Solche Routinedaten-Auswertungen könnten in Zukunft mehr Licht in die Qualität der Heilmittelversorgung bringen", so Helmut Schröder.

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

Pressekonferenz „Krankenhaus-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Dienstag, 9. Juni 2026, Berlin

Statement von Dr. Carola Reimann

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir wollen heute vor allem über die Qualität der Heilmittelversorgung sprechen, denn dies ist das Schwerpunktthema des aktuellen Heilmittel-Reports 2026. Bitte erlauben Sie mir, dass ich eingangs aber doch erst einmal einen Blick auf die Entwicklung der Ausgaben richte.

Wir haben gerade frische AOK-Daten für das erste Quartal 2026 erhalten. Und da zeigt sich, dass die Ausgaben im Heilmittel-Bereich erneut zugelegt haben. Sie sind im ersten Quartal 2026 erneut um 8,7 Prozent gestiegen. Damit setzt sich die expansive Ausgabenentwicklung fort, die wir in den vergangenen Jahren verzeichnet haben und die auch im aktuellen Heilmittel-Bericht 2026 beleuchtet wird. Der Bereich der Heilmittel hat auch im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen eine besonders hohe Ausgabendynamik.

Vor diesem Hintergrund sehen wir die aktuell mit dem GKV-Sparpaket geplanten Regelungen zur Ausgabendämpfung sehr positiv. Wie alle Bereiche des Gesundheitswesens sollte auch der Heilmittel-Bereich einen wirksamen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finanzen leisten, um weitere Beitragsanstiege zu verhindern. Aktuell ist eine Vergütungssteigerung maximal in Höhe der Grundlohnrate für 2027 bis 2029 abzüglich eines Prozentpunkts vorgesehen. Eine weitere Maßnahme ist die Streichung der versorgungsbezogenen Pauschale für die sogenannten Blankoverordnungen, auf die wir gleich noch näher eingehen werden.

Damit möchte ich zum Thema Qualität kommen – und da ist unsere wichtigste Botschaft leider sehr ernüchternd: Die Qualität der Heilmittelversorgung ist für die Kassen in weiten Teilen eine „Blackbox“: Wir wissen nicht, ob das Geld der Beitragszahlenden sowie die Arbeitszeit der Therapeutinnen und Therapeuten immer und überall sinnvoll eingesetzt wird.

Das kann man gut am aktuellen Beispiel der Blankoverordnung festmachen, die seit 2024 für bestimmte Diagnosen in den Bereichen Ergotherapie und Physiotherapie möglich ist. Grundsätzlich halten wir es für sinnvoll, dass die Therapeutinnen und Therapeuten mehr Verantwortung übertragen bekommen. Das ist der richtige Weg. Damit verbunden ist dann aber der verantwortliche Umgang

mit den Ressourcen. Damit meine ich nicht nur die Kosten, sondern auch die wertvolle Arbeitszeit der Therapeutinnen und Therapeuten.

Bei der Blankoverordnung müssen die Therapeutinnen und Therapeuten nicht nur entscheiden, wie sie den jeweiligen Patienten angemessen behandeln, sondern auch, welchen Teil ihrer Arbeitszeit sie für diesen Fall einsetzen – oder ob sie ihre Arbeitszeit besser für andere Patienten investieren. Sie entscheiden hier nach einer ärztlichen Diagnose eigenverantwortlich über das Heilmittel, die Frequenz der Behandlungen und die Behandlungsmenge.

Leider zeigen die ersten Daten zu den Blankoverordnungen, dass das noch nicht optimal funktioniert. Denn wir sehen derzeit noch, dass bei vielen Blankoverordnungen einfach die bisherige, durch den Arzt oder die Ärztin verordnete Standard-Therapie stattfindet. Bei den Diagnosebereichen, in denen eine Blankoverordnung möglich ist, sehen wir einerseits einen starken Anstieg der Kosten je Verordnung. Wir sehen aber auch starke Mengenanstiege – bei der Physiotherapie im Schulterbereich zum Beispiel um 73 Prozent.

Das sind alles Hinweise darauf, dass die neuen Freiheiten bei der Blankoverordnung noch nicht wirklich verantwortlich umgesetzt werden. Die Mengenausweitung, die wir hier sehen, bindet ja ganz konkrete therapeutische Kapazitäten – und eine potenziell bessere Versorgung einzelner Patientengruppen darf nicht zulasten der Versorgungsgerechtigkeit insgesamt gehen.

Die Ausbildung muss daher zukünftig besser darauf vorbereiten, dass die Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne aller Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis den individuellen Bedarf abwägen und ihre Ressourcen insgesamt sinnvoll einsetzen. Dieser sinnvolle Einsatz der Ressourcen ist besonders wichtig, weil wir im Heilmittelbereich Nachwuchsprobleme haben. Trotz steigender Zahlen bei den Ausbildungsanfängern in allen Leistungsbereichen reicht der Zuwachs nicht, um dem steigenden Bedarf gerecht zu werden. Das hat auch damit zu tun, dass viele Therapeutinnen und Therapeuten nicht in Vollzeit arbeiten oder den Beruf nach wenigen Jahren wieder verlassen.

Welche Forderungen ergeben sich aus diesen Befunden?
Zunächst braucht es bei der Blankoverordnung kurzfristig Mengenbegrenzungen, um die Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten und Versorgungsengpässe für Versicherte ohne Blankoverordnung zu verhindern. Und eine Ausweitung dieses neuen Instruments ist erst zu rechtfertigen, wenn die geplanten Innovationsfondsprojekte zeigen, dass die Blankoverordnung tatsächlich zu besseren Outcomes, zu einem geringeren Risiko von Chronifizierungen oder zu messbaren Effizienzgewinnen führt.

Wenn wir den Blick von diesem Detail-Thema auf das große Ganze der Heilmittel-Versorgung weiten, fordern wir vor allem mehr Transparenz über die Qualität der Heilmittelversorgung. Wir brauchen ein System zur Qualitätssicherung, wie es auch in anderen Versorgungsbereichen längst üblich ist. Dabei können auch die Routinedaten aus der Abrechnung helfen. Das wird WIdO-Geschäftsführer Helmut Schröder gleich im Detail darstellen.

Ich möchte an dieser Stelle noch mal betonen, dass die Therapeutinnen und Therapeuten aus unserer Sicht mehr Verantwortung für Versorgung übertragen bekommen sollten. Daher ist die Blankoverordnung bei allen Problemen schon ein Schritt in die richtige Richtung. Wenn Therapeutinnen und Therapeuten entsprechend ausgebildet sind, ist auch ein Direktzugang zur Versorgung ohne ärztliche Verordnung vorstellbar.

Mit der Übernahme von Therapieverantwortung muss aber auch der verantwortliche Umgang mit den damit verbundenen Ausgaben und mit der knappen Ressource der Therapiezeit einhergehen. Die Therapeutinnen und Therapeuten müssen die Therapie künftig selbstständig planen und effizient steuern. Sie müssen somit Verteilungsentscheidungen treffen und diese gegenüber den Versicherten begründen und umsetzen.

Besonders wichtig ist uns in diesem Zusammenhang eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit. Auf diesen Aspekt wird gleich Herr Prof. Christan Kopkow näher eingehen. Die Heilmittelerbringer müssen bei der Konzeption des Primärversorgungssystems, an dem die Bundesregierung gerade arbeitet, unbedingt mitgedacht werden. Als wesentlicher Bestandteil einer koordinierten ambulanten Versorgung kann eine enge Kooperation im Rahmen der Primärversorgung die Versorgungsqualität spürbar verbessern und zugleich dazu beitragen, knappe personelle Ressourcen effizienter einzusetzen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

AOK-Bundesverband Die Gesundheitskasse.

Pressekonferenz „Krankenhaus-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Dienstag, 9. Juni 2026, Berlin

Statement von Helmut Schröder

Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)
und Mitherausgeber des Heilmittel-Reports 2026

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die aktuellen Krisen zwingen uns zu einem verantwortungsvolleren Umgang mit den Ressourcen. Auch in der Gesundheitsversorgung sollten die finanziellen Mittel adäquat eingesetzt werden.

Der heute erschienene Heilmittel-Report 2026 macht deutlich, dass bei den Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST) sowie der Podologie hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung eine unklare Ausgangslage besteht. Es herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass die Qualität der jeweils verordneten Heilmitteltherapien nicht ausreichend beurteilt werden kann. Auch wenn hierzu noch ein großer Forschungsbedarf besteht, werden im Heilmittel-Report 2026 schon viele Lösungsvorschläge beschrieben.

Lassen Sie uns aber zunächst auf die Entwicklung der Kosten im Heilmittelbereich schauen: Heilmitteltherapien von GKV-Versicherten haben im Jahr 2024 mit knapp 13,3 Milliarden Euro zu Buche geschlagen (**Folie 3**). Damit haben sich die Heilmittelausgaben innerhalb von zehn Jahren mehr als verdoppelt – ausgehend von 6,1 Milliarden Euro im Jahr 2015. Ein erster Ausblick auf die GKV-Ausgabenstatistik des Jahres 2025 zeigt, dass sich dieser Trend mit einer Steigerungsrate von zehn Prozent im Vergleich zum Vorjahr ungebrochen fortgesetzt hat und einen erneuten Höchststand von 14,7 Milliarden Euro erreicht hat. Der Anteil an allen GKV Leistungsausgaben hat 2024 4,3 Prozent erreicht – der Ausgangswert 2015 lag bei 3,0 Prozent. Entscheidend für den deutlichen Anstieg im Jahr 2019 war eine gesetzliche Neuregelung zur bundeseinheitlichen Angleichung des Vergütungsniveaus. Damit galten ab 1. Juli 2019 bundesweit die Preise der Region mit den höchsten Vergütungen. Dieser Höchstpreis wurde in den Jahren danach Schritt für Schritt durch bundeseinheitliche Versorgungsverträge abgelöst, die der GKV-Spitzenverband mit den Spitzenorganisationen der Heilmittelversorgern für jeden Leistungsbereich verhandelt hat. Zu einem weiteren Anstieg der Ausgaben hat in den Folgejahren dann auch die Entkopplung der Vergütung von der Entwicklung der Grundlohnsumme geführt.

Der Gesamtumsatz von 13,3 Milliarden Euro im Jahr 2024 bedeutet rein rechnerisch Kosten von 178,30 Euro für jeden einzelnen GKV-Versicherten. Mehr als zwei Drittel dieses Umsatzes entfallen auf Physiotherapien (69,7 Prozent, **Folie 4**). Je 1.000 GKV-Versicherte wurden 531 Heilmittel-Verordnungen abgerechnet. Auch bei den abgerechneten Verordnungen hat die Physiotherapie mit 82,4 Prozent den höchsten Anteil.

Entsprechend verteilen sich auch die Leistungserbringer: Von insgesamt 72.000 an der Versorgung beteiligten Praxen sind 44.000 Praxen der Physiotherapie, 11.000 der Ergotherapie, 11.000 der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie mehr als 6.000 Praxen der Podologie.

Heilmittelverordnungen werden mit zunehmendem Alter häufiger in Anspruch genommen. Dabei werden in bestimmten Altersgruppen spezifische Leistungsarten besonders häufig verordnet (**Folie 5**): Während bei Kindern bis 14 Jahren vorrangig die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und die Ergotherapie abgerechnet werden, ist für Ältere insbesondere die Physiotherapie relevant – auf niedrigerem Niveau aber auch Podologie und Ergotherapie.

Langfristiger Heilmittelbedarf und Besonderer Verordnungsbedarf

Von den mehr als fünf Millionen Heilmittelpatientinnen und -patienten des Jahres 2024 wurden 17,8 Prozent mit lang andauernden Heilmitteln therapiert. Für diese Langzeitpatientinnen und -patienten wurden 4,2 Verordnungen abgerechnet,die mit durchschnittlich 44 einzelnen Behandlungen je Patientin oder Patient verbunden waren. Der Anteil der Langzeitpatientinnen und -patienten lag mit 57,6 Prozent in der Podologie am höchsten, was insbesondere mit der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms zu tun hat.

Die Heilmittelrichtlinie sowie die Rahmenvorgaben für die Versorgung wurden im Laufe der Jahre weiterentwickelt. Damit die Heilmittelversorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden oder langfristigen Erkrankungen gesichert werden kann, gibt es zwei besondere Verordnungsformen: den Langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) und den Besonderen Verordnungsbedarf (BVB). Für beide Varianten gilt ein verlängerter Verordnungszeitraum von zwölf Wochen.

Mit der Reform der Heilmittel-Richtlinie 2017 ist insbesondere die Diagnoseliste für den Langfristigen Heilmittelbedarf erweitert worden. Das spiegelt sich in der Zahl der Verordnungen je 1.000 Patientinnen und Patienten wider: Sie hat sich in diesem Zeitraum fast verfünffacht (**Folie 6**). Beim Besonderen Verordnungsbedarf verläuft der Anstieg etwas flacher: Im Jahr 2017 gingen etwa 243 abgerechnete Verordnungen je 1.000 AOK-Heilmittelpatientinnen und -patienten auf den Besonderen Verordnungsbedarf zurück. Diese Anzahl stieg auf 690 Verordnungen im Jahr 2024.

Diese Entwicklung nach oben hat sich auch auf die Ausgaben ausgewirkt: Knapp 50 Prozent der Kosten entfallen inzwischen auf diese beiden besonderen Verordnungsformen. So kostete eine Regelverordnung im Jahr 2024 260 Euro, die Verordnungen des Besonderen Verordnungsbedarfs 422 Euro und die Verordnung des Langfristigen Heilmittelbedarfs 642 Euro.

Blankoverordnungen
Damit möchte ich zum Thema Blankoverordnung kommen. Hier liegt die Entscheidung über die Art der Therapie bei den Therapeutinnen und Therapeuten statt wie bisher bei den verordnenden Ärztinnen und Ärzten. Die Blankoverordnung soll einerseits die Therapieautonomie der Leistungserbringer stärken und auf der anderen Seite die Ärztinnen und Ärzte von Bürokratie entlasten. In der Ergotherapie wurde die Möglichkeit der Blankoverordnung ab April 2024 beispielsweise für „Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten mit motorisch-funktionellen Schädigungen" eingeführt, in der Physiotherapie gilt sie seit November 2024 für Erkrankungen im Bereich des Schultergelenks.

Auch wenn im Jahr 2025 nur 2,4 Prozent aller physiotherpeutischen Heilmittelverordnungen mit einem Umsatzanteil von 4,5 Prozent auf die Blankoverordnungen entfallen, wollen wir einen genaueren Blick auf diese neue Option werfen, die perspektivisch auf weitere Diagnosebereiche ausgedehnt werden soll. Wir haben uns dazu die Blankoverordnungen in der Physiotherapie angeschaut, die insgesamt 112 ICD-Diagnosecodes umfassen.

Im vierten Quartal 2025 ist bereits jede zweite Verordnung in diesem Bereich als Blankoverordnung ausgestellt worden (**Folie 7**). Drei Viertel der entsprechenden Kosten enfallen auf die Blankoverordnungen. Die Kosten je Verordnung unterscheiden sich ebenfalls gravierend von den bisherigen ärztlichen Verordnungen mit Therpieplan: Blankoverordnungen kosteten im vierten Quartal 2025 durchschnittlich 714 Euro je Verordnung, während ärztliche Verordnungen im Schnitt mit 214 Euro zu Buche schlugen. Damit kosten die Blankoverordnungen drei Mal so viel. Das ist vor allem dadurch zu erklären, dass sowohl die Behandlungsdauer als auch die Frequenz der Behandlungen bei Blankoverordnungen höher liegen als bei Regelverordnungen.

Wir sehen hier eine steigende Dynamik – sowohl in der Nutzung dieser neuen Option als auch in der Entwicklung der Ausgaben. Ob diese Entwicklung durch die im aktuellen GKV-Sparpaket vorgesehene Abschaffung der versorgungsbezogenen Mehraufwandspauschale für Heilmitteltherapeutinnn und -therapeuten aufgehalten werden kann, ist jedoch mehr als fraglich. Im vierten Quartal 2025 entfielen auf diese Pauschale Kosten in Höhe von 57 Euro in der Physiotherapie und 102 Euro in der Ergotherapie und somit insgesamt nur 7,9 Prozent der Kosten für Blankoverordnungen. Hier ist also allenfalls eine leichte Dämpfung der Ausgaben zu erwarten. Erste stichprobenartige Untersuchungen bei den AOKs über Blankoverordnungen für Physiotherapie bei Schulterbeschwerden zeigen: Patientinnen und Patienten erhalten die gleiche Therapie öfter und dies führt zu einer Mengenausweitung. Dies kann als Hinweis verstanden werden, dass die therapeutischen Ressourcen bei der Blankoverordnung nicht optimal genutzt werden. Die vom Innovationsfonds bezuschlagten wissenschaftlichen Evaluationen der Blankoverordnung werden hierzu mehr Erkenntnisse über die Behandlungsstandards und die Versorgungsqualität liefern.

Akademisierung als Qualitätsfaktor
Damit möchte ich zum Thema Qualität kommen, das im Mittelpunkt des Heilmittel-Reports 2026 steht. In insgesamt 23 Kapiteln beleuchten 38 Expertinnen und Experten das Thema aus verschiedenen Perspektiven.

Einen wichtigen Faktor, um die Qualität der Heilmittel-Versorgung voranzubringen, stellt die Qualität der Ausbildung dar. Hier gilt die Akademisierung, also die hochschulische Ausbildung von Therapeutinnen und Therapeuten, als ein Schlüssel. Internationale Erfahrungen zeigen, dass eine solche Ausbildung evidenzbasierte Therapieentscheidungen fördern und die interprofessionelle Zusammenarbeit stärken kann. Diese strukturelle Anpassung der Ausbildung würde auch in Deutschland spürbare Verbesserungen in der Prozessqualität wie auch der Ergebnisqualität zeitigen.

In 82 Prozent der europäischen Länder ist als Mindestqualifikation für Therapeutinnen und Therapeuten ein Bachelor-Abschluss erforderlich, in 13 Prozent ein Masterabschluss. Der Bachelor mit einer Ausbildungszeit von drei bis fünf Jahren ist unter den 129 Mitgliedsländern des World Physiotherapy Verbands die häufigste Zugangsqualifikation für Berufe in der Physiotherapie – mit einem Anteil von 77 Prozent. Deutschland ist aktuell das einzige Land in Europa, in dem eine Berufsausbildung für Physiotherapeuten noch ausreicht. Laut dem Verband „Physio Deutschland" verfügen von den 208.000 Physiotherapeutinnen und -therapeuten im Jahr 2023 nur 2.000 über einen Hochschulabschluss. Bei den aktuellen Ausbildungsjahrgängen zeigen sich leichte Veränderungen: Die aktuelle Ausbildung erfolgt zu rund 94 Prozent rein fachschulisch, also mit einem Staatsexamen. Zahlen von „Physio Deutschland" belegen jedoch, dass der Anteil derer, die sich für ein Studium entscheiden, stetig wächst.

Die Zusammenarbeit zwischen fachschulisch und akademisch ausgebildeten Physiotherapeutinnen und -therapeuten, wie sie in Großbritannien angewendet wird, kann auch für Deutschland eine sinnvolle Option sein (**Folie 8**). So gibt es in Großbritannien den sogenannten „Advanced Practitioner" mit einem erweiterten Verantwortungsbereich, dem u. a. die Diagnostik von Bewegungsstörungen, die Zwischenbefundung und die Abschlussuntersuchung obliegt. Eine solche Differenzierung innerhalb des Berufes und bei der Aufteilung der Verantwortlichkeiten, wie sie in anderen Ländern Praxis ist, könnte auch in Deutschland sinnvoll sein.

Qualitätsindikatoren zur Messung der Qualität
Der Heilmittel-Report beleuchtet darüber hinaus verschiedene Aspekte der Qualitätsmessung, die es in anderen Bereichen der Versorgung schon länger gibt. Ein vielversprechender Ansatz ist die Messung von Qualität auf Basis von Routinedaten – also von Abrechnungsdaten, die bei den Krankenkassen ohnehin vorliegen und die ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand ausgewertet werden können. Wie das auch im Heilmittelbereich gehen kann, zeigt das von der AOK und dem Göttinger aQua-Institut entwickelte Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QISA). Es soll Ärztinnen und Ärzten in Einzelpraxen und Arztnetzen mit validen und praxisnahen Qualitätsindikatoren helfen, ihre Therapien zu reflektieren und sich mit anderen Praxen zu vergleichen.

Hier gibt es auch einen Indikator mit Bezug zur Heilmittel-Versorgung. So ist in den Nationalen Versorgungsleitlinien beschrieben, dass Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen durch Bewegungstherapie aktiviert werden sollen, um Funktionseinschränkungen zu verbessern und Schmerzen zu lindern. Ein QISA-Indikator weist den Anteil der Patientinnen und Patienten mit anhaltenden Rückenschmerzen und vier Wochen Arbeitsunfähigkeit aus, die eine Verordnung von Heilmitteln erhalten. Die Ergebnisse der Auswertung zu diesem Indikator zeigen , dass Physiotherapie, also Krankengymnastik und Manuelle Therapie, von den behandelten Ärztinnen und Ärzten nur bei jedem zweiten von Rückenschmerz betroffenen AOK-versicherten Beschäftigten mit krankheitsbedingten Ausfallzeiten von mehr als vier Wochen verordnet wird (**Folie 9**). Diese Ergebnisse werden in ärztlichen Qualitätszirkeln diskutiert, um die Versorgung zu verbessern.

Das Beispiel zeigt, dass Routinedaten-Auswertungen mehr Licht in die Qualität der Heilmittelversorgung bringen. Dabei sollte vor allem auf Qualitätsindikatoren gesetzt werden, die über Abrechungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen aufwandsarm generiert werden können. Über entsprechende Erweiterungen der Routinedaten zur Befundung, zur differenzierten Behandlung oder zum Output der Heilmitteltherapien könnten wertvolle Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgungsqualität gewonnen werden. Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte und die an der Heilmittelversorgung beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten könnten auf dieser Basis in einen fachlichen Austausch treten. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse – wie in den Versorgungbereichen Krankenhaus und stationäre Pflege bereits üblich – wäre denkbar. Damit könnten sich Patientinnen und Patienten zukünftig nicht nur über die Qualität von Krankenhäusern oder Pflegeheimen informieren, sondern auch über die Qualität von Heilmittelpraxen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

Qualität der Heilmittelversorgung

Pressekonferenz zum Erscheinen des Heilmittel-Reports 2026
am 9. Juni 2026

Helmut Schröder, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Es gilt das gesprochene Wort!

Heilmittel-Report 2026: Qualität der Heilmittelversorgung

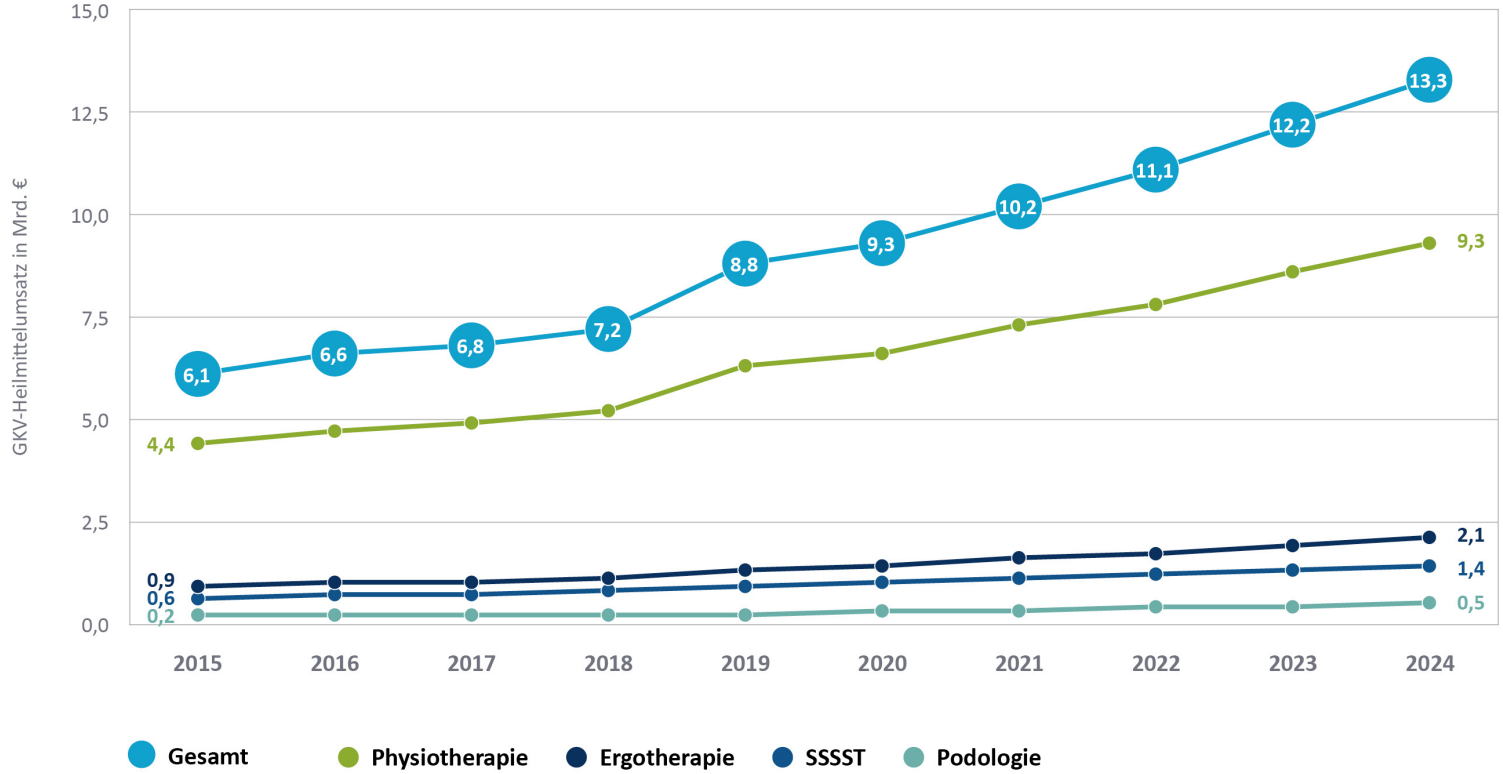
Themen

- Qualitätsbegriff und Rahmenbedingungen
- Qualität der Ausbildung von Leistungserbringenden
- Maßnahmen der Qualitätsmessung
- Modelle der Qualitätsverbesserung
- Perspektiven der Akteurinnen und Akteure

Blick ins Buch

- 23 Fachbeiträge von 38 Autorinnen und Autoren
- Blick auf Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST) und Podologie
- Sicht der relevanten Akteurinnen und Akteure
- Bewertung der Trends in der Heilmittelversorgung

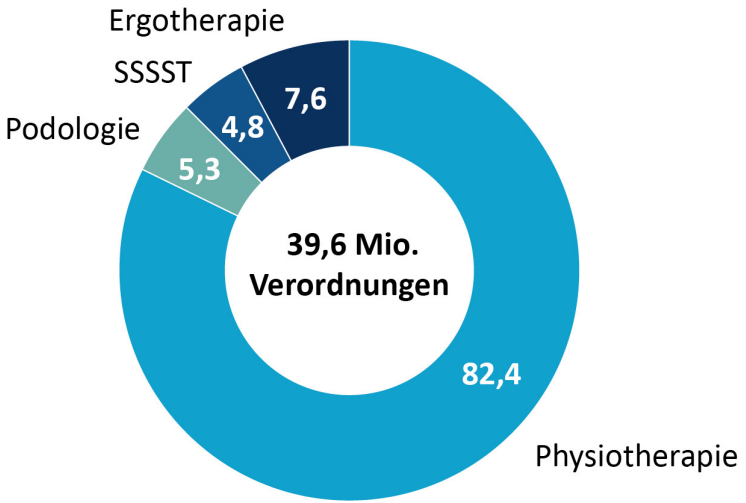
Deutlich steigende Heilmittelkosten

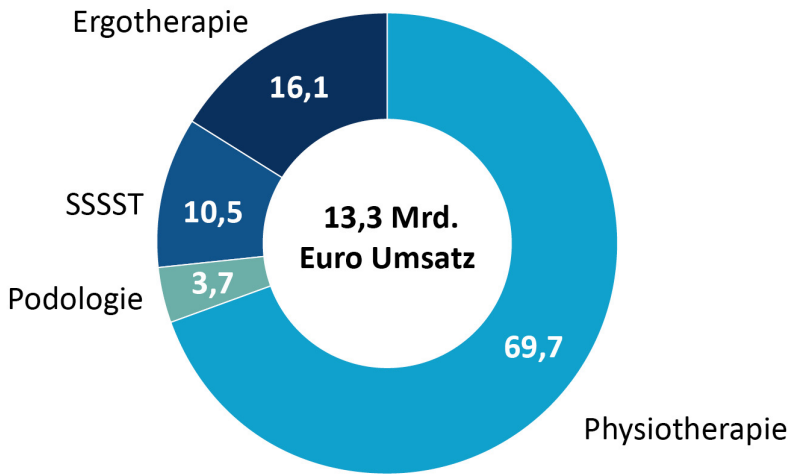


Quelle: Schröder, Kopkow, Schreyögg , Waltersbacher, Bachayov (Hrsg.): Heilmittel-Report 2026. Qualität der Heilmittelversorgung

Physiotherapie: Hohe Verordnungs- und Umsatzanteile

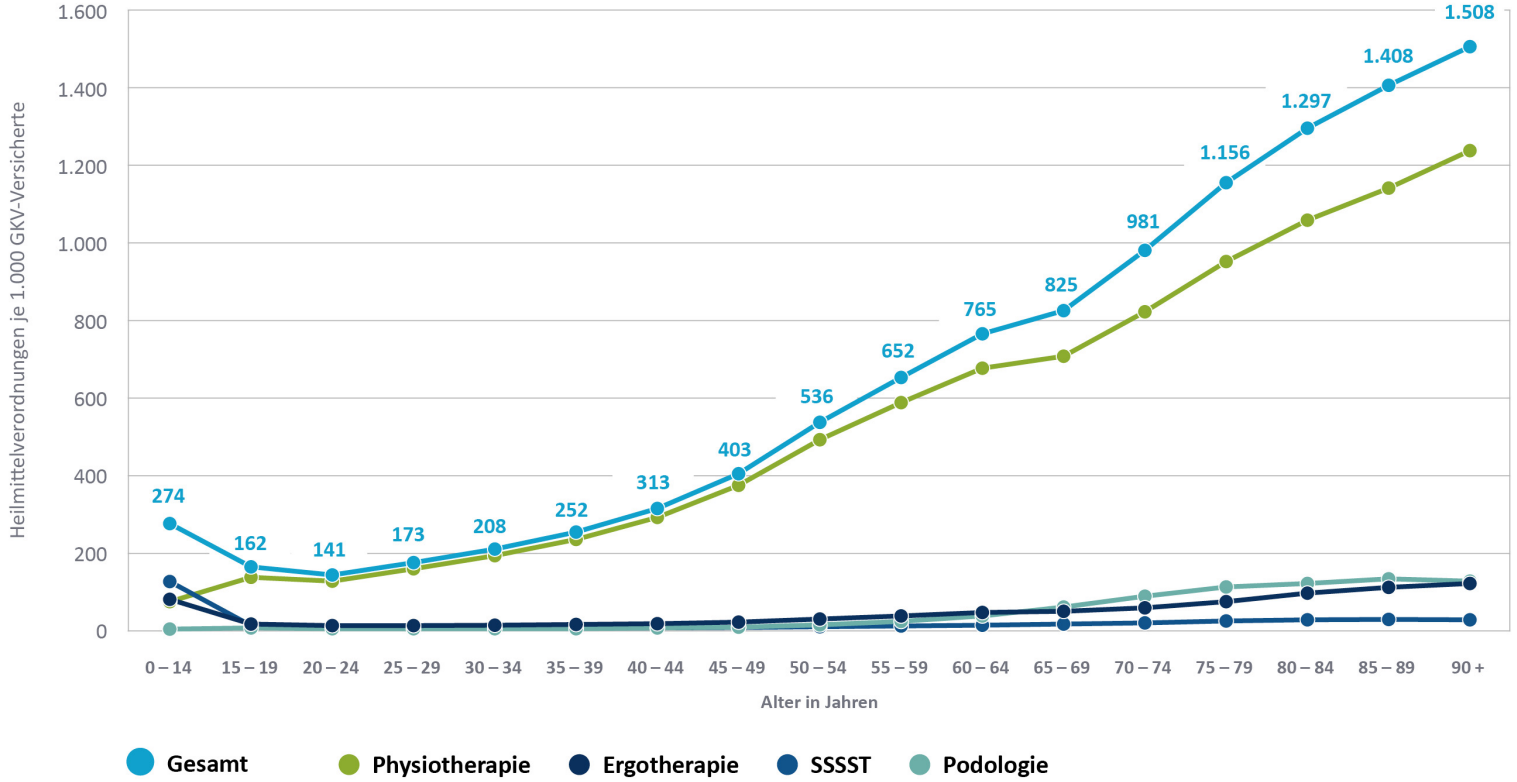
Anteile in % (GKV, 2024)





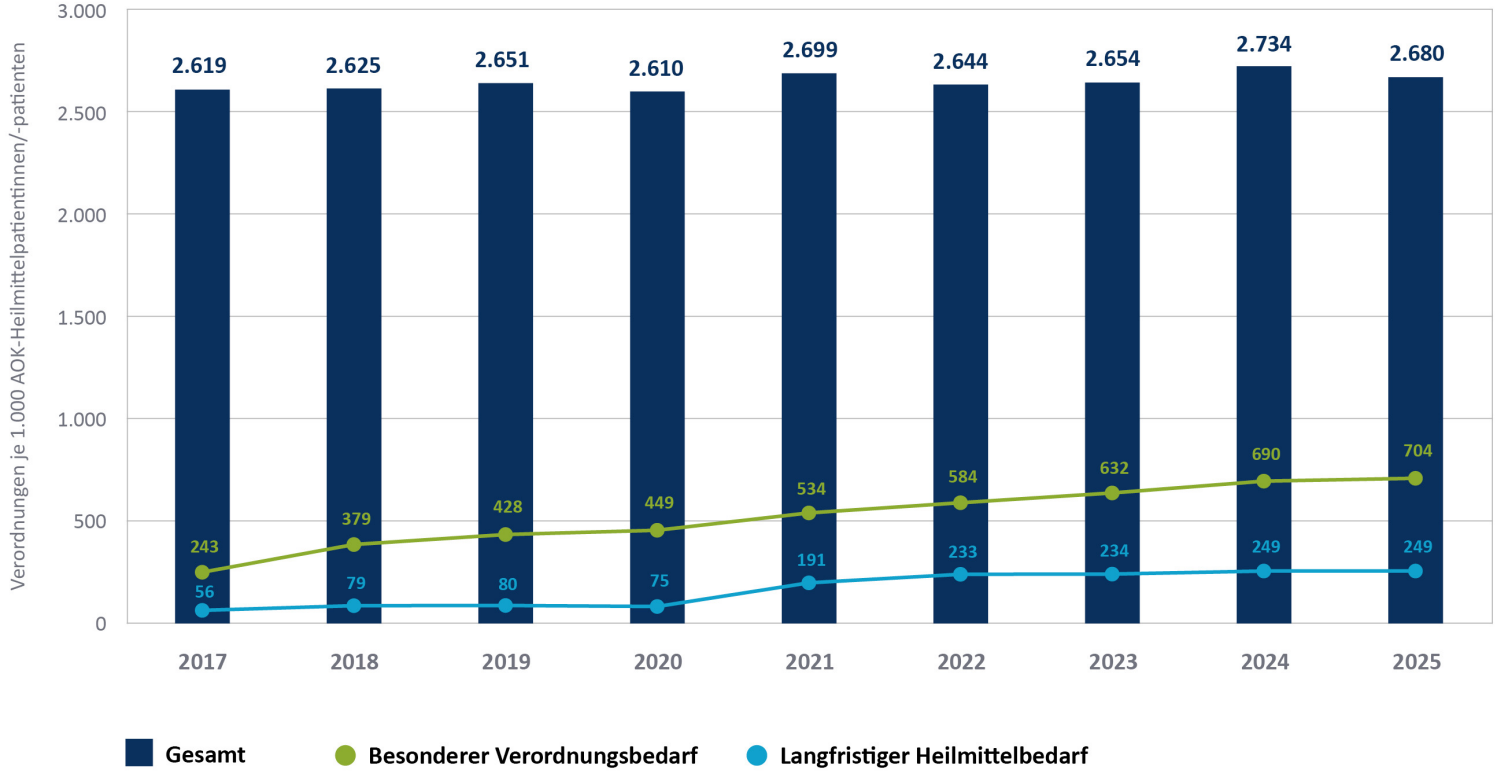
Quelle: Schröder, Kopkow, Schreyögg , Waltersbacher, Bachayov (Hrsg.): Heilmittel-Report 2026. Qualität der Heilmittelversorgung

Viele Heilmittelverordnungen im höheren Lebensalter



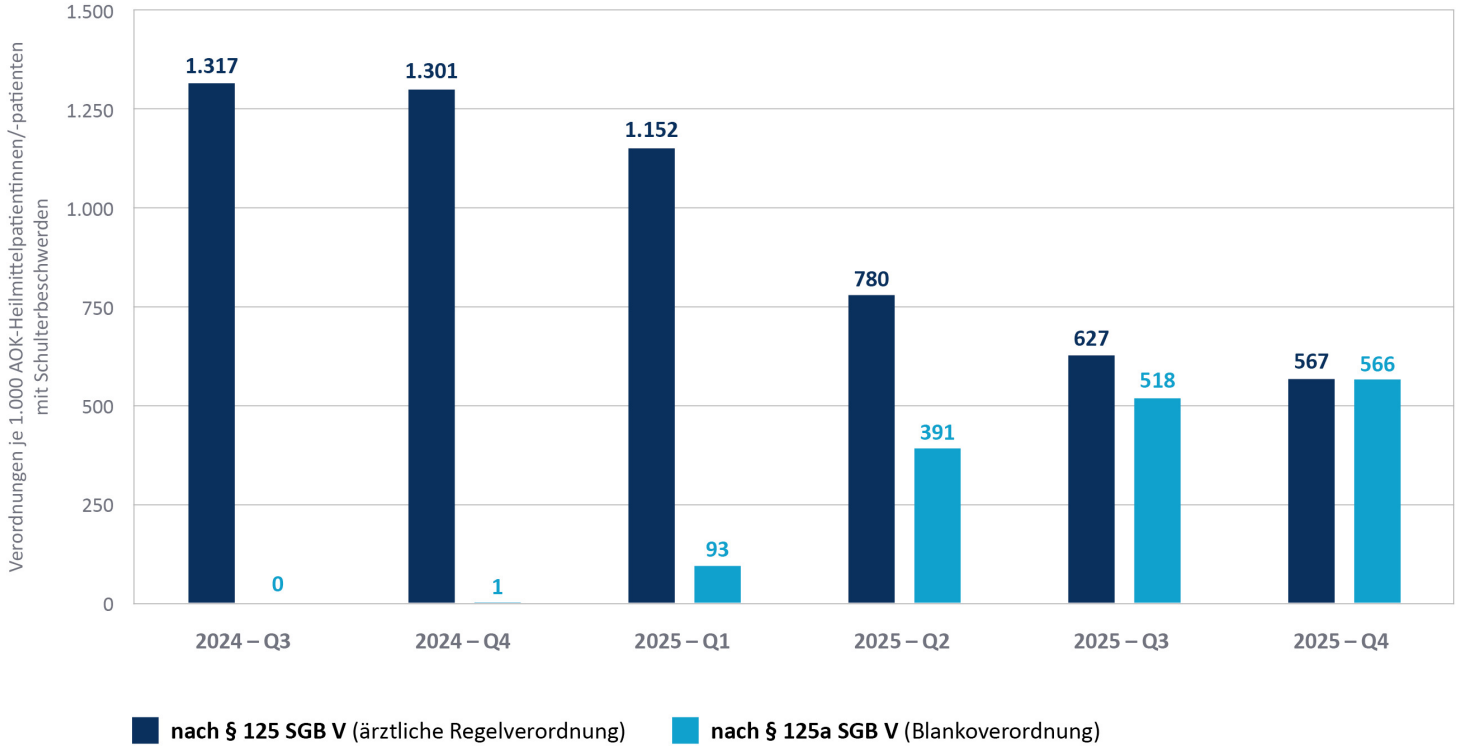
Quelle: Schröder, Kopkow, Schreyögg , Waltersbacher, Bachayov (Hrsg.): Heilmittel-Report 2026. Qualität der Heilmittelversorgung

Verordnungsanstieg bei Langfristigem Heilmittelbedarf und Besonderem Verordnungsbedarf



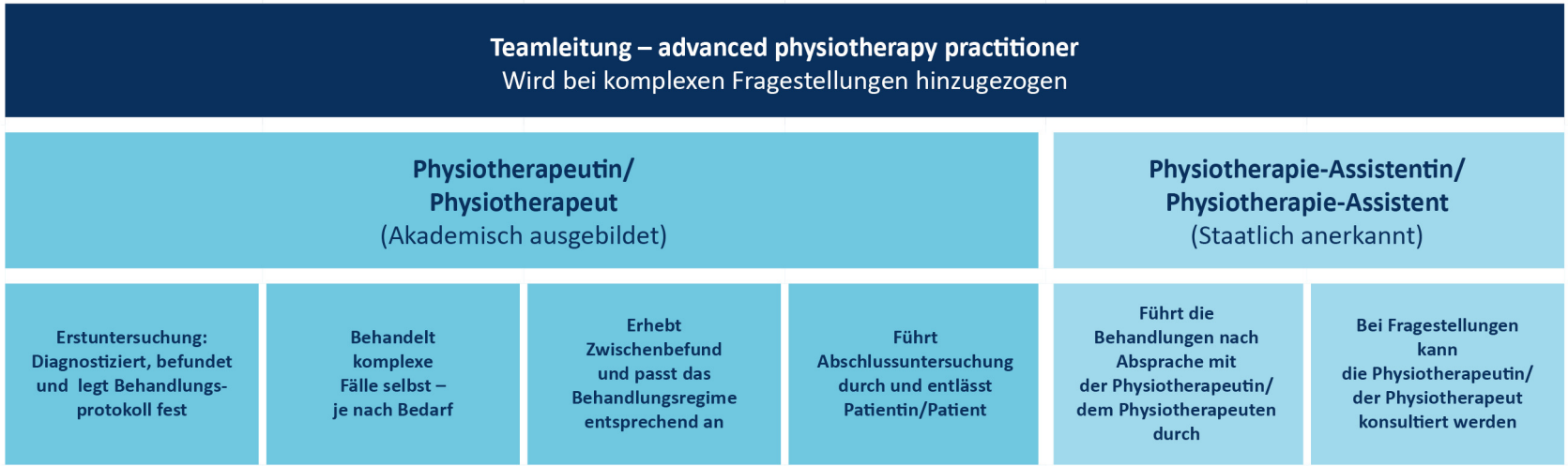
Quelle: Schröder, Kopkow, Schreyögg , Waltersbacher, Bachayov (Hrsg.): Heilmittel-Report 2026. Qualität der Heilmittelversorgung

Jede zweite Verordnung aktuell eine Blankoverordnung



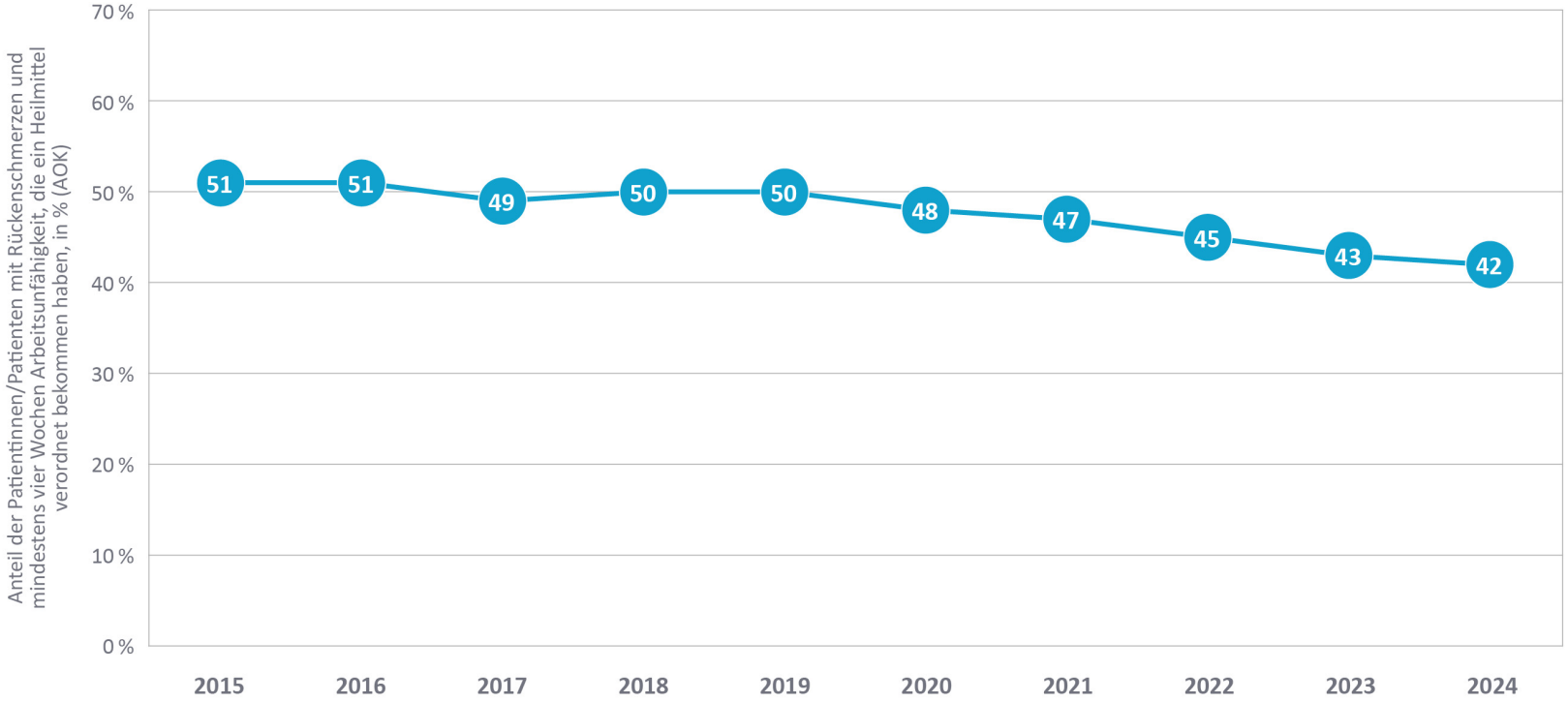
Quelle: Schröder, Kopkow, Schreyögg , Waltersbacher, Bachayov (Hrsg.): Heilmittel-Report 2026. Qualität der Heilmittelversorgung

Großbritannien: Verantwortungsbereiche bei Physiotherapie



Quelle: Schröder, Kopkow, Schreyögg , Waltersbacher, Bachayov (Hrsg.): Heilmittel-Report 2026. Qualität der Heilmittelversorgung

Immer weniger Physiotherapie bei Rückenschmerz



Quelle: Schröder, Kopkow, Schreyögg , Waltersbacher, Bachayov (Hrsg.): Heilmittel-Report 2026. Qualität der Heilmittelversorgung

Fazit

- Heilmittelausgaben haben sich innerhalb von zehn Jahren mehr als verdoppelt.
- Gesetzliche Neuregelung zur bundeseinheitlichen Angleichung des Vergütungsniveaus in 2019 hat zu einem Niveausprung geführt.
- Knapp 20 Prozent der Heilmittelpatientinnen und -patienten werden mit lang andauernden Heilmitteln therapiert.
- Knapp 50 Prozent der Heilmittelkosten entfallen auf den Besonderen Verordnungsbedarf und auf Verordnung des Langfristigen Heilmittelbedarfs.
- Drei Viertel der Heilmittelkosten für blankofähige Indikationen in der Physiotherapie entfallen auf Blankoverordnungen.
- Qualität der verordneten Heilmitteltherapien kann nicht ausreichend beurteilt werden.
- Verstärkte Zusammenarbeit zwischen fachschulisch und akademisch ausgebildeten Physiotherapeutinnen und -therapeuten kann Qualitätsverbesserungen ermöglichen

Quelle: Schröder, Kopkow, Schreyögg , Waltersbacher, Bachayov (Hrsg.): Heilmittel-Report 2026. Qualität der Heilmittelversorgung

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

Verordnungen und Kosten sollen der Qualität folgen!

Helmut Schröder, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Pressekonferenz „Krankenhaus-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Dienstag, 9. Juni 2026, Berlin

Statement von Prof. Dr. Christian Kopkow

Professor für Physiotherapie an der Brandenburgischen Technischen Universität (BTU) Cottbus-Senftenberg und Mitherausgeber des Heilmittel-Reports 2026

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Leitlinien gelten als wichtiges Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der Gesundheitsversorgung. In Leitlinien werden berufsgruppenübergreifende Handlungsempfehlungen für die Entscheidungsfindung für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen formuliert. In Deutschland werden Leitlinien von den medizinischen Fachgesellschaften erstellt. Heilmittelerbringende sind dabei aktiv an der Entwicklung von Leitlinien beteiligt. Berufsverbände wie beispielsweise Physio Deutschland sowie seit einigen Jahren auch wissenschaftliche Fachgesellschaften – die Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft DGPTW wurde 2016 gegründet, die Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft DGEW 2018 – wirken zunehmend an der Leitlinienentwicklung mit.

Problematisch sind jedoch die Bekanntheit von Leitlinien und deren Umsetzung in der Gesundheitsversorgung. So gaben in deutschlandweiten Befragungen von Physiotherapeutinnen und -therapeuten nur rund 30 Prozent der Teilnehmenden an, die Nationale Versorgungsleitlinie zum nicht-spezifischen Kreuzschmerz – eine der häufigsten Diagnosen im therapeutischen Alltag – zu kennen, während die Leitlinien zur Hüft- und Kniearthrose sogar noch weniger bekannt waren. Der Abgleich von Empfehlungen und Versorgungspraxis zeigt, dass ein Großteil der Physiotherapeutinnen und -therapeuten angibt, in Leitlinien empfohlene Interventionen durchzuführen, gleichzeitig jedoch auch Interventionen ohne Evidenz durchgeführt werden. In diesem Kontext scheint insbesondere die Abschaffung von Praktiken, die nicht oder nicht mehr empfohlen werden, zur Verbesserung der Versorgungsqualität wichtig zu sein und ein relevantes Optimierungspotenzial darzustellen.

Die Gründe für die noch verbesserungsfähige Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in der Gesundheitsversorgung sind vielfältig. Als Hindernisse werden beispielsweise Konflikte zwischen den Empfehlungen und der eigenen klinischen Erfahrung, eine als begrenzt wahrgenommene Praxistauglichkeit der Leitlinien, mangelnde Unterstützung im Arbeitsumfeld, Zeitmangel sowie fehlende Anreize zum Beispiel durch eine angemessene Vergütung wahrgenommen.

Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen gilt als zentraler, erfolgversprechender Ansatz zur Bewältigung der komplexen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Interprofessionelles Lehren und Lernen, also das gemeinsame Lernen von mindestens zwei Berufsgruppen miteinander und übereinander scheint zielführend, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Interprofessionelles Lehren und Lernen sollte kontinuierlich und verbindlich in den Ausbildungen von Gesundheitsberufen verankert werden, um auf die Versorgungspraxis vorzubereiten.

Aktuell wird die Einführung des Direktzugangs diskutiert, also die Möglichkeit, therapeutische Heilmittel wie Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie ohne vorherige ärztliche Verordnung direkt in Anspruch zu nehmen. Eine solche Neuregelung setzt gute gemeinsame Kommunikation, Abstimmungsprozesse und Entscheidungsfindung der unterschiedlichen Gesundheitsberufe voraus.

Eine Analyse der wissenschaftlichen Literatur kommt zu dem Ergebnis, dass die identifizierten Kompetenzen für einen physiotherapeutischen Direktzugang für Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen dem Niveau 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen DQR entsprechen. Die Ausbildungen der Therapieberufe sind jedoch auf DQR-Niveau 4 verortet, die für den Direktzugang erforderlichen Kompetenzen können den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen bestenfalls teilweise zugeordnet werden. Dies wirft die Frage auf, ob der Direktzugang nur durch den vergleichsweise kleinen Teil der akademisch ausgebildeten Physiotherapeutinnen und -therapeuten ausgeübt werden darf und wie dies gesetzlich geregelt werden soll.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD findet sich folgende Aussage: „Die Berufsgesetze für Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie reformieren wir zügig und zukunftsfest. Eine ausschließliche Voll-Akademisierung lehnen wir ab." Der fehlende politische Wille, den vielfach geforderten Transformationsprozess von einer Teil- hin zu einer Voll-Akademisierung endlich zu beginnen, ist bedauerlich und steht nach meiner Auffassung einer wirklich zukunftsfesten Ausrichtung entgegen. Bei der vereinbarten Überarbeitung der gesetzlichen Grundlagen müssen auch Kompetenzen Eingang finden, die das Verständnis, die Entwicklung, Verbreitung und Integration der (Physio-) Therapiewissenschaft ermöglichen.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt einen Anteil von 10 bis 20 Prozent akademisch qualifizierter Gesundheitsberufe eines Ausbildungsjahrgangs zu erreichen. Die Ergebnisse der 2022 veröffentlichten HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem bestätigen, dass die Zahlen beständig gering und unter den empfohlenen zehn bis 20 Prozent des WR bleiben. Mit Blick ausschließlich auf primärqualifizierende Studiengänge hält sich in der Physiotherapie die Akademisierungsquote beständig bei 6,1 Prozent, während in der Logopädie beziehungsweise Sprachtherapie eine rückläufige Entwicklung auf 3,1 Prozent zu beobachten ist, noch unterboten durch eine Akademisierungsquote in der Ergotherapie von 1,6 Prozent im Jahr 2019. Daraus ergibt sich auch ohne Voll-Akademisierung die Notwendigkeit, weitere Studiengänge aufzubauen und Professuren einzurichten. Die Akademisierung ist grundsätzliche Voraussetzung dafür, dass die Gesundheitsberufe als Disziplin eine eigenständige Forschungsinfrastruktur aufbauen können. Professionsentwicklung in Gesundheitsberufen ist langfristig nur möglich, wenn die jeweilige Berufs-

gruppe in der Lage ist, eigene Forschungsfragen zu formulieren, Studien durchzuführen und zur wissenschaftlichen Wissensbasis beizutragen.

Ich hoffe, dass der Heilmittel-Report 2026 Impulse für die andauernden Diskussionen um die Zukunft der Heilmittelversorgung geben kann. Damit verbinde ich auch die Hoffnung, die Diskussion um die Akademisierung der Berufe im Heilmittel-Bereich konstruktiv voranzubringen. Nicht als Forderung nach sofortiger Voll-Akademisierung, sondern als Auftrag, eine gezielte Transformationsphase einzuleiten, die mit der angekündigten Novellierung der Berufsgesetze beginnt. Enden möchte ich mit dem Rudolf von Bennigsen-Foerder zugeschriebenen prägnanten Zitat, welches den Zustand der letzten Jahre durchaus treffend beschreibt: „Stillstand ist Rückschritt".

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

Brandenburgische Technische Universität Cottbus - Senftenberg

Von der Evidenz zur Versorgung: Was brauchen die Heilmittelerbringer für eine wissenschaftsbasierte Patientenversorgung?

Prof. Dr. Christian Kopkow, MPH

Brandenburgische Technische Universität Cottbus – Senftenberg

Fachgebiet Physiotherapie

Pressekonferenz zum Heilmittel-Report 2026

9. Juni 2026, Berlin

Leitlinien: Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der Gesundheitsversorgung

Tab. 11.1 Stufenklassifikation, Methodik und Verbreitung von Leitlinien. (Quelle: erstellt auf der Basis von AWMF 2025)

Bezeichnung der Leitlinie	Charakteristik	Wissenschaftliche Legitimation der Methode/Legitimation für die Umsetzung	Aktuelle Leitlinien (06/2023 vs. 11/2025)*
S3 evidenz- und konsensbasiert	Repräsentative Entwicklergruppe systematische Evidenzbasierung strukturierte Konsensfindung	Beides hoch	204/233
S2e evidenzbasiert	Selektierte Entwicklergruppe systematische Evidenzbasierung keine strukturierte Konsensfindung	Hoch/gering	51/41
S2k konsensbasiert	Repräsentative Entwicklergruppe keine systematische Evidenzbasierung strukturierte Konsensfindung	Gering/hoch	313/332
S1 Handlungsempfehlung von Experten	Selektierte Entwicklergruppe keine systematische Evidenzbasierung keine strukturierte Konsensfindung	Beides gering	267/226

* Anzahl der jeweiligen Leitlinien lt. AWMF-Leitlinienregister (► https://register.awmf.org/de/start)
Heilmittel-Report 2026

DGPTW Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft

DGEW Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft e.V.

Physio Deutschland

IFK

DVE Deutscher Verband Ergotherapie

dbl Dabei sein. Mit uns.

Bekanntheit von Leitlinien und deren Umsetzung in der Gesundheitsversorgung

- Ergebnisse von deutschlandweiten Befragung von Physiotherapeutinnen und –therapeuten zur Kenntnis von Leitlinien:
  - 30 % der Teilnehmenden gaben an, die Nationale Versorgungsleitlinie zum nicht-spezifischen Kreuzschmerz zu kennen (Bahns et al., 2021)
  - 47% der Teilnehmenden gab an, die S2e-Leitlinie „Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall“ zu kennen (Scheffler et al., 2022)
  - Rund 50 % der Teilnehmenden kannte keine der existierenden (nationalen sowie internationalen) Leitlinien zur Hüft- und Kniearthrose (Bahns & Kopkow, 2023)

- Der Abgleich von Empfehlungen und Versorgungspraxis zeigt jedoch auch, dass ein Großteil der Physiotherapeutinnen und -therapeuten angibt in Leitlinien empfohlene Interventionen durchzuführen, gleichzeitig jedoch auch Interventionen ohne Evidenz durchgeführt werden.

Maßnahmen in der Versorgung von Personen mit Cox- oder Gonarthrose (vignettenbasierte Studie) Weber et al., 2025

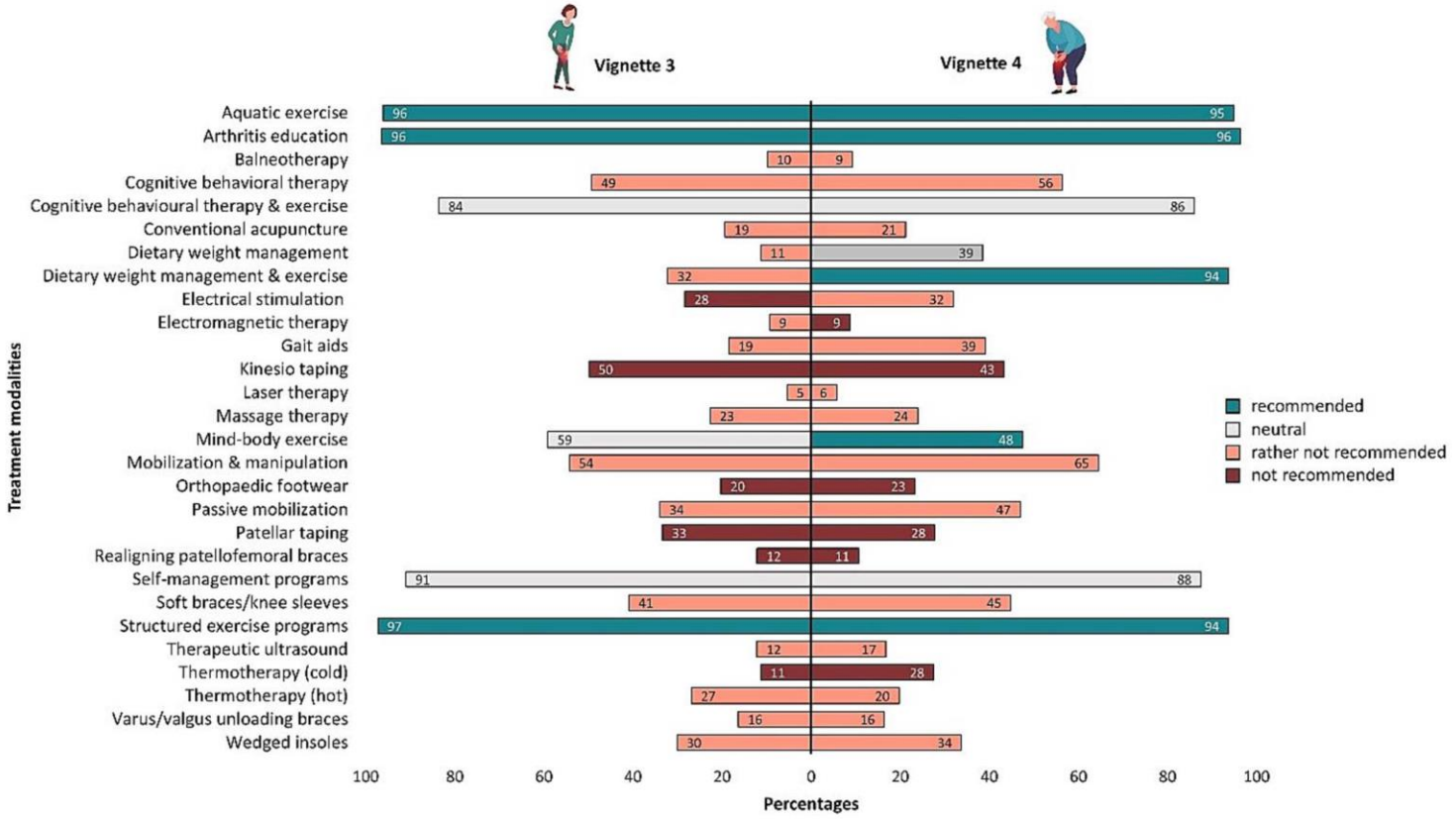


Figure 4. Chosen Treatment Modalities and its Recommendation Level by the Physical Therapists for Vignette 3 (Weakness) and Vignette 4 (Obesity), Respectively. Images created using Adobe Firefly.

Verbesserung der Versorgungsqualität durch Abschaffung von Praktiken, die nicht oder nicht mehr empfohlen werden?!

Gründe für die noch verbesserungsfähige Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in der Gesundheitsversorgung

- Konflikte zwischen den Empfehlungen und der eigenen klinischen Erfahrung
- Eine als begrenzt wahrgenommene Praxistauglichkeit der Leitlinie
- Mangelnde Unterstützung im Arbeitsumfeld
- Zeitmangel
- Fehlende Anreize zum Beispiel durch eine angemessene Vergütung

Interprofessionelle Versorgung

- Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen gilt als zentraler, erfolgversprechender Ansatz zur Bewältigung der komplexen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung.
- Interprofessionelles Lehren und Lernen, also das gemeinsame Lernen scheint zielführend, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern.
- Berufsgruppenübergreifende Handlungsempfehlungen aus Leitlinien helfen für die Entscheidungsfindung.
- Neue Aufgaben durch Direktzugang?

Tab. 14.1 Effekte interprofessioneller Versorgung

Effekt	Erläuterung	Quellen
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, Personenzentrierung und Versorgungsqualität	Interprofessionelle Teams bringen unterschiedliche Perspektiven und Kompetenzen ein, was zu einer ganzheitlichen, patientenzentrierten Versorgung führt. Dies ist besonders bei komplexen oder chronischen Erkrankungen essenziell und verbessert nachweislich die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, die Outcomes und senkt die Komplikationsraten	Davidson et al. 2022; Reeves et al. 2017; WHO 2010; Zwarenstein et al. 2000
Fehlerprävention und Sicherheit der Patientinnen und Patienten	Zusammenarbeit und gute Kommunikation zwischen Berufsgruppen reduzieren Fehlerquellen, klären Rollen und Verantwortlichkeiten und fördern die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, indem sie Missverständnisse, Doppeluntersuchungen und Versorgungsbrüche reduzieren	WHO 2010; Thistlethwaite 2012; IOM 2015
Motivation, Berufszufriedenheit und Arbeitsklima	Gemeinsames Lernen sowie Zusammenarbeit und gegenseitige Wertschätzung stärken das Teamgefühl, erhöhen die Arbeitszufriedenheit, fördern Resilienz und reduzieren Burnout sowie Konflikte innerhalb des Teams	Kaiser et al. 2022; Reeves et al. 2017; Schmitz et al. 2017
Effizienz und Ressourcennutzung	Durch abgestimmte Prozesse und klare Aufgabenverteilung können Ressourcen besser eingesetzt und Doppelstrukturen vermieden werden. Dies führt zu optimierten Abläufen und einer verbesserten Versorgungsqualität bei geringerem Aufwand	Ee et al. 2020; Kaiser et al. 2022; Zwarenstein et al. 2000
Berufliche Identitätsbildung und Rollenverständnis	Interprofessionelles Lernen fördert das Bewusstsein für die eigenen und fremden Kompetenzen. Dies stärkt die berufliche Identität und verbessert die Kooperationsfähigkeit in multiprofessionellen Teams	Reeves et al. 2017; Barr et al. 2016; Khalili et al. 2013; CAIPE 2002
Gesellschaftliche und ethische Verantwortung	Zusammenarbeit über Berufsgrenzen hinweg ist Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung und trägt dazu bei, Chancengleichheit und eine gerechte Versorgung in einer diversen und alternden Gesellschaft zu gewährleisten	Frenk et al. 2010; WHO 2010
Innovationsförderung	Unterschiedliche Sichtweisen und Expertisen fördern kreative Problemlösungen sowie die Entwicklung und Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen	Van Diggele et al. 2020; Reeves et al. 2017; Frenk et al. 2010

Heilmittel-Report 2026

Wissenschaftsbasierte Patientenversorgung mit/ohne Verwissenschaftlichung?

- Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD findet sich folgende Aussage: „Die Berufsgesetze für Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie reformieren wir zügig und zukunftsfest. Eine ausschließliche Voll-Akademisierung lehnen wir ab.“

- Der Wissenschaftsrat empfiehlt einen Anteil von 10 bis 20 % akademisch qualifizierter Gesundheitsberufe eines Ausbildungsjahrgangs zu erreichen (Wissenschaftsrat 2012 & 2023)

- Die Akademisierungsquoten bleiben hinter den Empfehlungen zurück (Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats, HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem 2022)
  - Physiotherapie 6,1 Prozent,
  - Logopädie beziehungsweise Sprachtherapie 3,1 Prozent
  - Ergotherapie 1,6 Prozent

Akademisierung der Gesundheitsberufe

- Die Akademisierung ist grundsätzliche Voraussetzung dafür, dass die Gesundheitsberufe als Disziplin eine eigenständige Forschungsinfrastruktur aufbauen können.
- Professionsentwicklung in Gesundheitsberufen ist langfristig nur möglich, wenn die jeweilige Berufsgruppe in der Lage ist, eigene Forschungsfragen zu formulieren, Studien durchzuführen und zur wissenschaftlichen Wissensbasis beizutragen.
- Mit der angekündigten Novellierung der Berufsgesetze geht der Auftrag einher, eine gezielte Transformationsphase hin zur Voll-Akademisierung zu beginnen.

„Stillstand ist Rückschritt“ (Rudolf von Bennigsen-Foerder)

Brandenburgische Technische Universität
Cottbus - Senftenberg

Brandenburgische Technische Universität Cottbus – Senftenberg
Fakultät 4 - Institut für Gesundheit
Fachgebiet Physiotherapie
Prof. Dr. Christian Kopkow, MPH

Universitätsplatz 1
01968 Senftenberg

T +49 (0) 3573 85 741
E christian.kopkow@b-tu.de

www.b-tu.de