ifo
FORSCHUNGS-
BERICHTE

90
2017

Ökonomische und berufliche Situation der ambulanten Physiotherapie und Ergotherapie in Deutschland

Michael Reinhard

ifo INSTITUT
Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
an der Universität München e.V.

ifo Zentrum für Industrieökonomik
und neue Technologien

Ökonomische und berufliche Situation der ambulanten Physiotherapie und Ergotherapie in Deutschland

Bericht im Auftrag des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV).

Autoren

ifo Zentrum für Industrieökonomik und neue Technologien
Michael Reinhard

Unter Mitarbeit von:
Gülsüm Orhan
Andreas Louis

Dezember 2017

ifo INSTITUT
Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
an der Universität München e.V.

ifo Zentrum für Industrieökonomik und neue Technologien

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über
http://dnb.d-nb.de
abrufbar.

ISBN: 978-3-95942-040-2

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.
Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlags ist es auch nicht gestattet, dieses
Buch oder Teile daraus auf photomechanischem Wege (Photokopie, Mikrokopie)
oder auf andere Art zu vervielfältigen.
© ifo Institut, München 2017

Druck: ifo Institut, München

ifo Institut im Internet:
http://www.cesifo-group.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis ..... **III**

Tabellenverzeichnis ..... **IV**

1 Einleitung **1**

2 Zusammenfassung **2**

3 Der Markt für Physio- und Ergotherapie **7**

3.1 Gesamtentwicklung des Heilmittelmarkts 7

3.2 Der Markt für Physiotherapie 9

3.2.1 Entwicklung der Nachfrage 9

3.2.2 Entwicklung des Angebotes 12

3.3 Der Markt für Ergotherapie 18

3.3.1 Entwicklung der Nachfrage 18

3.3.2 Entwicklung des Angebots 20

3.4 Exkurs: Unterschiede in der physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Verordnungspraxis 24

4 Berufliche Ausbildung **26**

4.1 Einleitung 26

4.2 Entwicklung der Absolventen- und Schülerzahlen 28

4.3 Finanzierung der Ausbildung in den Therapieberufen 34

5 Regulatorische Rahmenbedingungen **37**

6 Wirtschaftlichkeit und Verdienste **41**

6.1 Datenquellen 41

6.2 Wirtschaftlichkeit 42

6.2.1 Umsatz und Betriebsergebnis 42

6.2.2 Personalaufwand 47

6.2.3 Verdienste 49

7 Fazit **56**

Literaturverzeichnis **60**

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung des Versicherungsmarktes für Heilmittel 8

Abbildung 2: Zahl der Absolventen in den Berufen Masseur/in/Med. Bademeister/in und Physiotherapeut/in 2004–2014 29

Abbildung 3: Zahl der Absolventen im Beruf Ergotherapeut/in 2004–2014..... 29

Abbildung 4: Zahl der Schüler in den Berufen Masseur/in/Med. Bademeister/in und Physiotherapeut/in der Schuljahrgänge 2004/2005–2014/2015..... 31

Abbildung 5: Zahl der Schüler in den Berufen Ergotherapeut/in der Schuljahrgänge 2004/2005–2014/2015 32

Abbildung 6: Wechselbeziehungen zwischen Betriebsergebnis, Leistungs- und Arbeitsmarkt im Heilmittelsektor..... 55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ambulante Heilmittelausgaben von GKV und PKV 2006–2014 8

Tabelle 2: Leistungen für Physiotherapie in der GKV 2006, 2010 und 2014 10

Tabelle 3: Leistungen der GKV1 für Physiotherapie 2006–2014 11

Tabelle 4: Entwicklung der Zahl der Erwerbstätigen in nicht-ärztlichen therapeutischen Berufen 2001–2011 13

Tabelle 5: Zahl der Physiotherapeuten[1)] 2012 und 2013 nach Art der Einrichtung 13

Tabelle 6: Zahl der Physiotherapeuten[1)] nach Art der Einrichtung 2001–2011 [2)] 16

Tabelle 7: Zahl der selbständigen und angestellten Physiotherapeuten 2004–2014 in Praxen 17

Tabelle 8: Leistungen der GKV1 für Ergotherapie 2006–2014 19

Tabelle 9: Leistungen für Ergotherapie in der GKV 2006, 2010 und 2014 20

Tabelle 10: Zahl der Ergotherapeuten 2012 und 2013 nach Art der Einrichtung 21

Tabelle 11: Zahl der selbständigen und angestellten Ergotherapeuten 2004–2014 in Praxen 23

Tabelle 12: Verteilung der Schüler der Physiotherapie und Ergotherapie nach Schularten 27

Tabelle 13: Absolventen und Schüler in den Berufen Physiotherapeut/in und Ergotherapeut/in 30

Tabelle 14: Absolventen in Gesundheitsdienstberufen nach Schulart und rechtlichem Status der Schule (öffentlich/privat) 2004, 2009, 2014 35

Tabelle 15: Synopse verfügbarer Panel- und Stichprobendaten von Betriebsergebnissen physiotherapeutischer Praxen im Zeitraum 2005–2014 43

Tabelle 16: Betriebsergebnisse ergotherapeutischer Praxen 44

Tabelle 17: Einkommen aus selbständiger Tätigkeit in nicht-akademischen Gesundheitsberufen[1)] 45

Tabelle 18: Betriebsergebnisrechnung je physiotherapeutischer Praxis[1)] nach Umsatzgrößenklassen 2010 46

Tabelle 19: Umsatzgrößenverteilung von physio- und ergotherapeutischen Betrieben in Deutschland im Jahr 2014 47

Tabelle 20: Sensitivitätsrechnung zum Zusammenhang von Gehaltserhöhung und Betriebsergebnis in einer durchschnittlichen physiotherapeutischen Praxis 48

Tabelle 21a: Bruttomonatsentgelte in nicht-akademischen therapeutischen Berufen (Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe)[1)] in Deutschland 2002–2010 50

Tabelle 22b: Bruttomonatsentgelte in Unternehmen mit 10 und mehr Beschäftigten in ausgewählten medizinischen Gesundheitsberufen in Deutschland 2002–2010[1)] 51

Tabelle 23a: Bruttomonatsentgelte von Physio- und Ergotherapeuten in Deutschland 2012 und 2013[1)] 52

Tabelle 24b: Bruttomonatsentgelte in ausgewählten Gesundheitsberufen in Deutschland 2012 und 2013[1)] 54

Tabelle 25: Veränderungsraten der GKV-Einnahmen nach § 71, 3 SGB V und von Leistungspreisen für therapeutische Praxen in der GKV 2005 – 2015 (%) 58

1 Einleitung

Der Heilmittelsektor ist ein wesentlicher Pfeiler in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Jährlich werden in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über 40 Mill. Heilmittel verordnet und etwa 240 Mill. Behandlungen durchgeführt. Künftig sind infolge des demografischen Wandels wesentliche Veränderungen der Versorgungsbedarfe zu erwarten. Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen geht eine wachsende Zahl multimorbider, chronisch erkrankter und pflegebedürftiger Patienten einher. Hinzu kommen epidemiologische Veränderungen, die auch jüngere Menschen betreffen. Vor diesem Hintergrund wird in der gesundheits- und berufspolitischen Debatte vermehrt diskutiert, wie die Heilmittelversorgung verbessert werden kann und die Bedingungen der Leistungserbringung in den Heilmittelberufen weiterentwickelt werden sollten.

Ziel der Studie ist eine Analyse der ökonomischen und beruflichen Situation in der Physiotherapie und der Ergotherapie in Deutschland. Der Fokus liegt dabei auf einer sektoralen Betrachtung wesentlicher wirtschaftlicher Strukturen und Entwicklungen der ambulanten therapeutischen Praxen sowie der bestehenden institutionellen Rahmenbedingungen. Außerdem werden die Entwicklung des Arbeitskräfteangebots und der Arbeitnehmerverdienste analysiert. Gesundheitsökonomische und versorgungspolitische Aspekte sind nicht explizit Gegenstand der Untersuchung.

Zunächst wird die Nachfrage und Angebotsentwicklung der verschiedenen Leistungsmärkte sowie die Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt untersucht (Kap. 3). Der Aspekt des Arbeitskräfteangebots wird im Kontext der beruflichen Ausbildung der Physio- und Ergotherapeuten behandelt (Kap. 4). In Kapitel 5 werden wichtige rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen thematisiert, die für die Leistungserbringer gelten. Analysen zur Wirtschaftlichkeit der Therapiepraxen und zu den Verdiensten der Beschäftigten stehen in den Kapitel 6 und 7 im Mittelpunkt.

Alle Analysen basieren – soweit vorhanden – auf sekundärstatistischen Daten aus unterschiedlichen Quellen. Darüber hinaus haben der Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) als Auftraggeber dieser Studie und einige Mitgliedsverbände weitere Daten und Informationen zur Verfügung gestellt.

2 Zusammenfassung

Der Markt für Heilmittelleistungen ist seit Jahren durch steigende Umsatzvolumina gekennzeichnet. Grundlage des Marktwachstums ist die steigende Zahl der Verordnungen und Behandlungen. Wie generell im Gesundheitswesen wird auch die Nachfrage nach Heilmittelleistungen wesentlich von der demografischen Entwicklung mitbestimmt. Der überwiegende Teil der Heilmittelleistungen wird in Praxen des ambulanten Sektors erbracht. Der weitaus größte Teil der erzielten Umsätze stammt aus Leistungen für gesetzlich versicherte Patienten.

Heilmittel dürfen sozialrechtlich nur von zugelassenen Personen erbracht werden. In der Physiotherapie werden die Berufsbezeichnungen „Masseure/Masseurinnen und medizinische Bademeister/innen“ und „Physiotherapeut/in“, in der Ergotherapie „Ergotherapeut/in“ anerkannt. Näheres regeln spezifische Berufsgesetze und -verordnungen. Die Ausbildung dauert drei bzw. zwei (Masseure) Jahre. Für bestimmte Maßnahmen der Physiotherapie bedarf es spezieller Qualifikationen, die nicht Teil der Berufsausbildung sind und zusätzlich erworben werden müssen.

Der Großteil der Heilmittelversorgung entfällt auf physiotherapeutische Anwendungen. Die GKV-Umsätze in der ambulanten Physiotherapie stiegen zwischen 2006 und 2014 um jahresdurchschnittlich 4 %. Auch der Privatmarkt ist gewachsen. Der Privatmarktanteil liegt im Durchschnitt zwischen 20 und 30 %. Entsprechend zum Verlauf der Nachfrage hat sich auch das Leistungsangebot entwickelt. Das Wachstum der Zahl der Physiotherapeuten hat vor allem in den therapeutischen Praxen stattgefunden. Fast drei Viertel der Masseure und Physiotherapeuten arbeiten dort. In den Krankenhäusern und Kliniken kam es hingegen in den Jahren 2001–2006 zu einem Personalabbau, der in den Jahren danach nur zum Teil wieder kompensiert wurde. Dadurch fand eine Verlagerung der Leistungserbringung vom stationären in den ambulanten Sektor statt. Auch die Zunahme der Arbeitsplätze in sonstigen Einrichtungen dürfte teilweise damit zusammenhängen.

Der Großteil der in Praxen tätigen Physiotherapeuten übt den Beruf in abhängiger Beschäftigung aus. Jedoch ist auch die Zahl der freiberuflichen Therapeuten und Praxen deutlich gestiegen. Die Praxen spielen somit nicht nur eine bedeutende Rolle für die Erbringung von Heilmittelleistungen, sondern auch als Arbeitgeber. Neben den freiberuflichen Praxen bieten auch stationäre Einrichtungen physiotherapeutische Leistungen an. Es handelt sich dabei um Krankenhäuser, Reha-Kliniken und Pflegeeinrichtungen. Ca. ein Drittel der angestellten Therapeuten arbeitet im stationären Sektor.

Die Ergotherapie hat am GKV-Heilmittelumsatz einen Anteil von etwa 14 %. Der Anteil ist in den letzten Jahren leicht gestiegen. Stark zugenommen hat die Zahl der Verordnungen und Behandlungen in der GKV. Diese Entwicklung fand vor allem in den Jahren ab 2010 statt. Der Privatmarktanteil ist in der Ergotherapie deutlich niedriger als in der Physiotherapie. Auch in der Ergotherapie ist die Zahl der Erwerbstätigen und der Praxen deutlich gewachsen. Knapp die Hälfte der Ergotherapeuten ist in Praxen tätig, ein weiteres Drittel in stationären und teilstationären Einrichtungen.

Insgesamt hatte sich in der Vergangenheit in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen das Personalangebot mit dem Bedarf entwickelt. Ab etwa 2012 signalisieren Arbeitsmarktanalysen jedoch eine Trendwende. Seitdem zählen Physiotherapeuten zu den Berufen mit anhaltenden Engpässen, da die Zahl der gemeldeten offenen Stellen höher ist als die Zahl der registrierten Arbeitslosen. Vor diesem Hintergrund ist die Funktionsfähigkeit des Ausbildungssystems von besonderer Bedeutung. Die Ausbildung in den nicht-akademischen Gesundheitsberufen ist sehr unterschiedlich strukturiert. Sie findet entweder im sogenannten dualen System gemäß dem Berufsbildungsgesetz oder der Handwerksordnung statt, oder sie ist, wie bei den Therapieberufen, in speziellen Berufszulassungsgesetzen geregelt. Die Ausbildung der Therapeuten erfolgt dabei in sogenannten Schulen des Gesundheitswesens oder in Berufsfachschulen.

Hinsichtlich der Entwicklung der Absolventenzahlen ist ab den Jahren 2008/2009 eine Trendumkehr feststellbar. In der Physiotherapie sinkt seitdem die Zahl der erfolgreichen Schulabgänger. Bei den Ergotherapeuten setzte dieser Trendwechsel ein Jahr früher ein. Anders als bei den Physiotherapeuten nahm die Zahl der Absolventen aber 2014 erstmals wieder zu. Die Schülerzahlen hatten sowohl bei den Physiotherapeuten als auch bei den Ergotherapeuten ihren Höhepunkt im Schuljahr 2005/2006. Seitdem sinkt die Zahl der Physiotherapie-Schüler kontinuierlich. Bei den Ergotherapeuten nimmt seit dem Schuljahr 2013/2014 die Schülerzahl erstmals wieder leicht zu. Die rückläufige Tendenz ist auch insofern bemerkenswert, als in den Gesundheits- und Sozialberufen insgesamt in den letzten drei Schuljahren ein spürbares Schülerwachstum stattfand.

Ob die unterschiedliche rechtliche und institutionelle Ausbildungsstruktur im Gesundheitswesen mit der Entwicklung der Schülerzahlen in bestimmten Berufen zusammenhängt lässt sich nicht ohne Weiteres feststellen. Beispielsweise sind bei den Pflegefachberufen und den Hebammen wesentliche Elemente des dualen Systems vorhanden, bei den Physio- und Ergotherapeuten hingegen besteht vollzeitschulische Ausbildung. Deshalb sind nach Ansicht von Bildungsexperten Gesundheitsberufe auf der Grundlage von Berufszulassungsgesetzen als Sonderform der beruflichen Bildung beim Zugang und Erwerb der Berufserlaubnis besonderen Anforderungen unterworfen. Dadurch können Benachteiligungen hinsichtlich zentraler Qualitätsstandards und der Strukturierung der praktischen Ausbildung entstehen. Hinzu kommen Nachteile in der

sozialen Absicherung durch fehlende Ausbildungsvergütung, und wegen der Verpflichtung, für die Ausbildungskosten selbst aufkommen zu müssen. Eine in Deutschland in fast allen Berufsausbildungen geltende Regelung, dass für die Teilnahme an der beruflichen Erstausbildung kein Ausbildungsentgelt erhoben wird, gilt nicht für Gesundheitsfachberufe wie Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie. Während also in der Regel weder im dualen System Auszubildende in Gesundheitsberufen Schulgeld noch an den Hochschulen Medizin- und Pharmaziestudenten Studiengebühren zahlen müssen, werden die Ausbildungskosten der Schulen weitgehend oder zumindest teilweise von den Schülern selbst getragen. Das hängt vordergründig auch damit zusammen, dass die Schulen häufig auf privatrechtlicher Grundlage operieren und prinzipiell Schulgeld verlangen dürfen, während öffentliche Schulen meistens kein Schulgeld erheben. Allerdings gibt es sogar bei einigen schulbasierten Gesundheitsberufen die gesetzlich fixierte Bestimmung des Schulgeldverbots.

Ein weiterer Fall unterschiedlicher Ausbildungsfinanzierung betrifft die Krankenhäuser. Für den Großteil der nicht-akademischen Heilberufe, darunter auch die Berufe Ergo- und Physiotherapeut werden die Ausbildungskosten der Schulen nach dem Krankenhausfinanzierungs-gesetz getragen, wenn die jeweiligen Schulen in der Trägerschaft von Krankenhäusern geführt werden. Die Finanzierung der schulischen Ausbildung erfolgt in diesen Fällen somit indirekt über die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings sind die entsprechenden Ausbildungskapazitäten im Verhältnis zu den anderen Ausbildungsstellen deutlich in der Unterzahl.

Der ökonomische Erfolg der therapeutischen Praxen hat sich in den vergangenen zehn Jahren nur sehr verhalten einwickelt. Zwar sind die Umsätze in der Physiotherapie durchwegs deutlich gestiegen, aber meistens nahmen die Kosten stärker zu, so dass die Gewinne bis etwa 2012 nur vergleichsweise gering stiegen oder sogar stagnierten. 2013 scheint sich die Ergebnissituation erstmals verbessert zu haben. Die Entwicklung in den Ergotherapiepraxen ist vermutlich ähnlich verlaufen. Im Vergleich befindet sich das Ergebnisniveau der Therapiepraxen deutlich unter dem der Gesundheitshandwerke. Dies ist auch der Fall, wenn man als Referenzwert den Verdienst von Angestellten mit Leitungsfunktionen in vergleichbaren Gesundheitseinrichtungen verwendet. Eine wesentliche Ursache für diese Befunde liegt in der Produktionsweise der Praxen. Die betriebliche Leistung ist eng mit dem persönlichen Stundeneinsatz des Inhabers und der angestellten Therapeuten verknüpft. Eine Umsatzausweitung durch Kapitaleinsatz ist kaum möglich. Hinzu kommt die Kleinteiligkeit der Branche. Ein Großteil der Betriebe besteht aus dem Inhaber oder zusätzlich aus wenigen Mitarbeitern. Entsprechend niedrig ist in diesen Fällen der erwirtschaftete Umsatz.

Wenig Dynamik hat es auch bei den Verdiensten der Therapeuten gegeben. Zwischen 2002 und 2006 sind die Gehälter sogar gesunken. Im Niveauvergleich liegen die Praxis-

therapeuten am unteren Ende der medizinischen Gesundheitsberufe. Auch der Vergleich mit dem Durchschnittsverdienst qualifikatorisch vergleichbarer Tätigkeit führt zu keinem anderen Ergebnis. Dies ist im Kontext tendenziell sinkender Ausbildungszahlen von besonderer Bedeutung.

Bemerkenswert ist auch der große Unterschied zwischen den Praxisverdiensten und den Gehältern, die in Krankenhäusern und Kliniken gezahlt werden. Teilweise sind die Krankenhausgehälter auch stärker gestiegen. Entscheidend ist aber der Niveauunterschied. Legt man die Daten der Bundesagentur für Arbeit zugrunde, lagen die Krankenhausgehälter ca. 50 % über den Praxisgehältern. Ursächlich für den Unterschied sind wohl vor allem die Tariflöhne, die im stationären Sektor im Unterschied zum ambulanten Sektor existieren. Auch dürften tarifungebundene Privatklinken höhere Gehälter zahlen. Bemerkenswert ist schließlich auch die unterschiedliche Bezahlung männlicher und weiblicher Therapeuten.

Das schlechte Abschneiden der Praxistherapeuten bei der Entlohnung dürfte unterschiedliche Gründe haben. Ein Grund ist vermutlich, dass sich das Arbeitskräfteangebot viele Jahre relativ stark erhöht hat. Ein anderer Grund dürfte aus der Branchenstruktur resultieren. Die relativ geringen Umsatzgrößen vieler Praxen begrenzen aus Sicht der Praxisinhaber den Spielraum für Lohnerhöhungen. Vor dem Hintergrund der Arbeitsmarktsituation war diese Politik lange Zeit durchsetzbar. Zwar zeigen die Mittelwerte, dass viele Praxen höhere Gewinne erwirtschaften und viele Therapeuten höhere Bezüge erhalten, aber in den ambulanten Therapieberufen gibt es auch die genau so große Kehrseite mit niedrigeren Betriebsergebnissen und Verdiensten.

Es ist deshalb wahrscheinlich, dass künftig Praxen vermehrt aus dem Markt ausscheiden werden. Eine Konsolidierung ist zwar gegenwärtig noch nicht feststellbar, aber bei eintretender Angebotssättigung erwartbar. Prinzipiell gibt es für die Praxen zwei Wege, ihre ökonomische Situation zu verbessern. Die eine Möglichkeit ist betriebliches Wachstum. Dies könnte auch versorgungspolitisch zielführend sein, wenn das Wachstum der Praxen mit dem Marktwachstum in Einklang steht. Wachsen Praxen jedoch stärker als der Markt, kommt es zu Verdrängungseffekten. Die ubiquitäre Versorgung der Bevölkerung könnte in diesem Fall längerfristig gefährdet sein. Auch ist in kleinen Gemeinden das Potential für ein Praxiswachstum oft nicht gegeben.

Die zweite Möglichkeit ist die Erhöhung der Leistungspreise. Den Praxen ist dieser Weg jedoch weitgehend verbaut, weil die Preise im wichtigen GKV-Markt stark reguliert sind. Ein zentrales Hindernis ist dabei die sogenannte Lohnsummenbindung der Vertragspreise. Sie limitiert die Preiserhöhungsspielräume unabhängig von betriebswirtschaftlichen Erfordernissen.

Resümierend kann man festhalten, dass auf dem GKV-Heilmittelmarkt die Leistungserbringer sich einer spezifischen Einschränkung ihrer unternehmerischen Tätigkeit gegenübersehen. Bei den Leistungsmengen besteht eine Abhängigkeit von den zwischen Ärztevertretern und Kassen ausgehandelten regionalen Ausgabevolumen sowie von den Ärzten vor Ort und deren Verordnungsverhalten. Letzteres gilt zwar auch für Privatpatienten, war aber bislang wegen der Richtgrößenproblematik besonders auf dem GKV-Markt virulent. Und hinsichtlich der Gestaltung der Preise für ihre Leistungen sind die Betriebe, ebenso wie ihre Vertragspartner bei den Kassen, an das bestehende sozialrechtliche Regulierungsregime gebunden.

3 Der Markt für Physio- und Ergotherapie

3.1 Gesamtentwicklung des Heilmittelmarkts

Der überwiegende Teil der Heilmittelversorgung wird im ambulanten Sektor, im Wesentlichen in therapeutischen Praxen, erbracht. Der Markt für ambulante Heilmittelleistungen[1] ist seit Jahren durch steigende Leistungs- und Ausgabenvolumina gekennzeichnet. Besonders deutlich sind die Ausgaben seit 2010 gestiegen (Abb. 1). Grundlage des Ausgabenwachstums ist die steigende Zahl der Verordnungen und Behandlungen. Wie generell im Gesundheitswesen wird auch die Nachfrage nach Heilmittelleistungen wesentlich durch die demografische Entwicklung mitbestimmt. In der gesetzlichen Krankenversicherung geht die Nachfrage nach Heilmitteln aber nicht direkt vom bedürfenden Patienten aus, sondern wird über den verordnenden Arzt ausgelöst. Eine Ursache für die überdurchschnittliche Steigerung der Heilmittelausgaben der GKV besonders in den letzten Jahren ist auch in der finanziellen Situation der Krankenkassen begründet, die sich aus konjunkturellen Gründen im Vergleich zu den Vorjahren verbessert hatte. Die gute Konjunkturlage führte außerdem dazu, dass sich aufgrund der Bindung der Heilmittelpreise an die Einnahmenentwicklung der Kassen der Spielraum für Preiserhöhungen vergrößerte. Durch die günstigere Finanzlage waren die gesetzlichen Kostenträger somit eher bereit, in den Preisverhandlungen Volumenausweitungen zuzustimmen und die gesetzlichen Preiserhöhungsspielräume auszuschöpfen.[2] Daneben traten institutionelle Veränderungen in Kraft, die ebenfalls Einfluss auf das Ausgabengeschehen gehabt haben dürften.[3] Trotz der wachsenden Heilmittelausgaben erhöhte sich der Anteil dieser Ausgaben in der GKV nicht wesentlich. 2006 betrug der Anteil der Heilmittelausgaben an den Ausgaben für GKV-Leistungen insgesamt 2,8 %. Dieser Anteil belief sich 2014 auf 2,9 %.

Auch die privaten Krankenversicherungen berichten von permanent steigenden Ausgaben. Im Betrachtungszeitraum 2006 – 2014 erhöhten sich die Heilmittelausgaben der PKV in nahezu gleichem Umfang wie in der GKV (Tab. 1). Allerdings sind die Wachstumsverläufe verschieden. In der GKV waren die Jahre 2010 bis 2014 relativ wachstumsstark, während in den Jahren davor nur relativ niedrige Zuwächse zu verzeichnen waren. In der PKV hingegen waren die Jahre 2006 bis 2008 geprägt von hohen Ausgabensteigerungen, während in den Jahren 2012 bis 2014 die Wachstumsraten deutlich niedriger waren (Abb. 1).

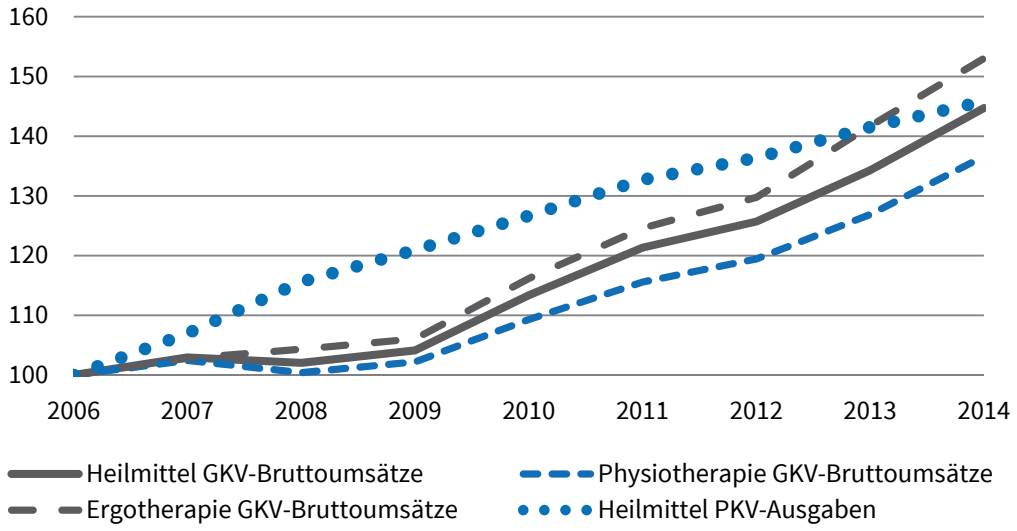
[1] Hierzu gehören die Therapiebereiche Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie.

[2] Vgl. Kapitel 7.

[3] Vgl. Kapitel 5.

Ein Grund liegt vermutlich darin, dass die privaten Versicherungen die hohe Ausgabendynamik durch eine stärkere Eigenbeteiligung der Versicherten gedämpft haben. Auch eine zunehmende Orientierung an den Beihilfehöchstsätzen dürfte eine Rolle spielen.

Abbildung 1: Entwicklung des Versicherungsmarktes für Heilmittel 2006–2014 (2006 = 100)



Quelle: GKV-HIS, PKV, ifo Institut.

Tabelle 1: Ambulante Heilmittelausgaben von GKV und PKV 2006–2014

	2014	2010	2006	2006–2014	2010–2014	2006–2010
GKV				**Jahresdurchschnittliche Veränderungsraten in %**		
GKV-Bruttoumsätze (Tsd. €)	5.641.294	4.419.413	3.898.617	4,7	6,3	3,2
Patienten-Zuzahlungen	547.178	434.928	386.984	4,4	5,9	3,0
GKV-Nettoumsätze (Tsd. €)	5.094.116	3.984.485	3.511.633	4,8	6,3	3,2
Verordnungen	35.558.622	31.196.899	28.988.310	2,6	3,3	1,9
Behandlungen	287.453.000	256.382.100	245.472.400	2,0	2,9	1,1
PKV[1)]				**Jahresdurchschnittliche Veränderungsraten in %**		
PKV-Ausgaben (Tsd. €)	921.500	800.500	631.900	4,8	3,6	6,1

[1)] Ohne Beihilfeleistungen und Selbstbehalte der Versicherten.

Quelle: GKV-HIS, PKV, ifo Institut.

Auch wenn die Zahlungen der privat versicherten Patienten insgesamt deutlich niedriger sind als die Vergütungen der GKV sind sie für die Erlöse insbesondere der physiotherapeutischen Praxen von wesentlicher Bedeutung. Zu diesem Personenkreis zählen die Versicherten, die bei einer privaten Krankenversicherung voll- oder zusatzversichert sind und diejenigen Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst, bei denen die Beihilfe einen Teil der Krankheitskosten übernimmt. Daten zur Kostenträgerstruktur der Erlöse von Heilmittelpraxen existieren nicht. Episodische Erhebungen deuten darauf hin, dass je nach Standort und Ausrichtung der Praxen die Verhältnisse sehr unterschiedlich sind. Danach liegt der Anteil des Praxisumsatzes, der nicht aus den Vergütungen der GKV stammt, meistens zwischen 10 und 30 %.

Eine Annäherung an den Praxisdurchschnitt kann einem Diskussionspapier des WIP aus dem Jahr 2014 entnommen werden.[4] Danach zahlten die privaten Krankenversicherungen im Jahr 2013 für Heilmittel 894 Mill. Euro an ihre Versicherten. Weitere 660 Mill. Euro übernahmen im Rahmen dieser Leistungsfälle die Beihilfe und die Versicherten selbst im Rahmen eines vereinbarten Selbstbehalts. Die GKV vergütete in diesem Jahr 5 556 Mill. Euro für Heilmittel.[5] Insgesamt hatte der Heilmittelmarkt damit (einschließlich der Zuzahlungen der Versicherten) ein Volumen von rund 8,1 Mrd. Euro. Der Anteil, der nicht von der GKV stammte, belief sich auf 19 %. Tatsächlich ist der Anteil der Privatzahlungen noch höher, da sowohl GKV- als auch PKV-Versicherte Leistungen der Praxen zum Teil auch aus eigener Tasche zahlen (Selbstzahlungen), wenn die eigene Versicherung bestimmte Leistungsfälle laut Gesetz oder Versicherungsvertrag ausgeschlossen hat. Hinzu kommen auch noch Umsätze, die neben dem Versicherungsmarkt auf dem sogenannten Zweiten Gesundheitsmarkt (z.B. Fitness, Wellness) erzielt werden.

3.2 Der Markt für Physiotherapie

3.2.1 Entwicklung der Nachfrage

Der überwiegende Teil der Heilmittelanwendungen entfällt auf die Physiotherapie. 2014 gaben die gesetzlichen Kassen über 70 % ihrer ambulanten Heilmittelausgaben für physiotherapeutische Behandlungen aus (Tab. 3). Der Anteil nahm im Betrachtungszeitraum ab. Dennoch wuchsen die GKV-Ausgaben zwischen 2006 und 2014 jährlich mit 4 %. Die primären Steigerungen fanden dabei in den Jahren 2010–2014 statt (Tab. 2). Auch die Zahl der Verordnungen und Behandlungen nahm mit jährlich knapp 3 % deutlicher zu als in den Jahren davor.

[4] Finkenstädt (2014)

[5] KJ1-Statistik 2013 des BMG

Tabelle 2: Leistungen für Physiotherapie in der GKV 2006, 2010 und 2014

	2014	2010	2006	2006–2014	2010–2014	2006–2010
				Jahresdurchschnittliche Veränderungsraten in %		
GKV-Bruttoumsätze (Tsd. €)	4.077.078	3.261.719	2.984.228	4,0	5,7	2,2
Patienten-Zuzahlungen (Tsd. €)	487.162	398.301	365.228	3,7	5,2	2,2
GKV-Nettoumsätze (Tsd. €)	3.589.916	2.863.418	2.619.000	4,0	5,8	2,3
GKV-Ausgaben gemäß KJ1	3.877.458	3.151.600	2.649.478	4,9	5,3	4,4
Verordnungen	30.243.340	27.042.084	25.939.068	1,9	2,8	1,0
Behandlungen	246.168.700	222.146.500	218.197.700	1,5	2,6	0,4

Quelle: GKV-HIS, BMG, ifo Institut.

Ausweislich der Daten des Heilmittelmittel-Schnellinformation (HIS) der GKV hatte der GKV-Markt der physiotherapeutischen Praxen 2014 ein Gesamtvolumen von ca. 4,1 Mrd. Euro. In dieser Summe sind Patienten-Zuzahlungen in Höhe von knapp 500 Mill. Euro enthalten, die diese aus eigenen Mitteln an die Leistungserbringer zu zahlen haben. Dadurch entstand für die gesetzlichen Kassen Netto-Ausgaben in Höhe von rund 3,6 Mrd. Euro. In den Rechnungsergebnissen des BMG (KJ1) werden die GKV-Ausgaben umfassender dargestellt, so dass dort in der Regel eine größere Ausgabensumme ausgewiesen wird. Diese betrug für Physiotherapie 2014 knapp 3,9 Mrd. Euro.

Wie in Kapitel 3.1 dargestellt spielt auch der sogenannte Privatmarkt für die Praxen eine bedeutende Rolle. Daten hierzu liegen für den Bereich der Physiotherapie nicht vor. Der Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten (IFK) führt regelmäßig Wirtschaftlichkeitsumfragen bei seinen Mitgliedern durch. Unter anderem wird darin auch die Erlösstruktur im Hinblick auf die Kostenträger erhoben. Zuletzt liegen Ergebnisse für das Jahr 2012 vor. Danach lag der Umsatzanteil der Privatpatienten (einschließlich der Selbstzahlungen gesetzlich Versicherter) am gesamten Praxisumsatz bei etwa 30 %. Dies dürfte, bedingt durch die Struktur des Panels, eher ein oberer Durchschnittswert sein. In anderen Quellen liegt der Privatanteil im Durchschnitt zwischen 20 und 30 %.

Tabelle 3: Leistungen der GKV1 für Physiotherapie 2006–2014

	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
GKV-Bruttoumsätze (Tsd. €)	4.077.078	3.786.535	3.564.120	3.449.005	3.261.719	3.049.615	2.996.166	3.057.363	2.984.228
Veränderung zum Vorjahr (%)	7,7	6,2	3,3	5,7	7	1,8	-2	2,5	–
Anteil am gesamten Heilmittelumsatz (%)	72,3	72,3	72,7	72,9	73,8	75,1	75,3	76,2	76,5
Verordnungen	30.243.340	29.815.193	29.212.949	28.608.288	27.042.084	25.431.649	25.326.486	26.717.607	25.939.068
Veränderung zum Vorjahr (%)	1,4	2,1	2,1	5,8	6,3	0,4	-5,2	3	–
Behandlungen	246.168.700	237.174.600	230.756.300	229.534.700	222.146.500	213.190.000	213.754.600	221.439.200	218.197.700
Veränderung zum Vorjahr (%)	3,8	2,8	0,5	3,3	4,2	-0,3	-3,5	1,5	
nachrichtlich:									
Heilmittel gesamt[2]									
GKV-Bruttoumsatz (Tsd. €)	5.641.294	5.234.599	4.900.464	4.730.277	4.419.413	4.059.268	3.977.654	4.013.717	3.898.617
Veränderung zum Vorjahr (%)	7,8	6,8	3,6	7	8,9	2,1	-0,9	3	–

[1] Einschließlich Zuzahlungen der Versicherten.
[2] Einschließlich Ergotherapie, Logopädie Podologie.
Quelle: GKV-HIS, ifo Institut.

3.2.2 Entwicklung des Angebotes

Heilmittel dürfen nach dem SGB V nur von zugelassenen Personen erbracht werden. Im Hinblick auf die Physiotherapie erkennen die Zulassungsempfehlungen der GKV die folgenden zwei Berufsbezeichnungen an: „Physiotherapeuten“ sowie „Masseure und medizinische Bademeister“. Das Führen dieser Berufsbezeichnungen bedarf der Erlaubnis. Näheres hierzu regelt das „Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz)“ sowie die dazugehörige Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Für bestimmte Maßnahmen der physikalischen Therapie (z.B. manuelle Lymphdrainage) bedarf es spezieller Qualifikationen (Zertifikate), die über die im Rahmen der jeweiligen Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen. Für solche Maßnahmen ist eine zusätzliche abgeschlossene Weiterbildung erforderlich.

Voraussetzungen für eine physiotherapeutische Ausbildung ist der Realschulabschluss, eine gleichwertige Ausbildung oder eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert, oder eine nach Hauptschulabschluss oder einem gleichwertigen Abschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer. Die Ausbildung dauert 3 Jahre und endet mit der staatlichen Abschlussprüfung. Die Ausbildung für Masseure und medizinische Bademeister ist zweijährig. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung regelt die Ausbildung an den Schulen. In Deutschland existieren zurzeit knapp 270 Schulen für Physiotherapie. Daneben erfolgt die Ausbildung auch an Berufsfachschulen.[6]

Außerdem gibt es mittlerweile auch Studiengänge an Hochschulen. Entsprechend zum Verlauf der Nachfrage hat sich auch das Angebot entwickelt. Die Zahl der Physiotherapeuten ist in den vergangenen Jahren stark gewachsen, gleichzeitig sind in der Tendenz relativ weniger Masseure und medizinische Bademeister tätig gewesen. In den Jahren 2001–2011 nahm die Zahl der Physiotherapeuten pro Jahr um durchschnittlich 6,6 % zu. Die Zahl der Masseure und medizinische Bademeister erhöhte sich um jährlich 2,4 % (Tab. 4). Umgerechnet auf Vollzeitbeschäftigung stieg die Berufstätigkeit um 5,5 % bei den Physiotherapeuten und um 1,3 % bei den Masseuren. Zwischen 2006 und 2011 gingen die Zuwachsraten im Vergleich zum vorhergehenden Jahrfünft zurück, jedoch gab es, gemessen in VZÄ, eine leichte jahresdurchschnittliche Zunahme der Erwerbstätigkeit. Im Jahr 2013 fiel das Beschäftigungswachstum im Vergleich zum Durchschnitt in den Jahren davor niedriger aus (Tab. 5).

[6] Vgl. Kapitel 4

Tabelle 4: Entwicklung der Zahl der Erwerbstätigen in nicht-ärztlichen therapeutischen Berufen 2001–2011

	2001		2006		2011		2001–2011		2006–2011		2001–2006	
	1 000						(Jahresdurchschnittliche Veränderungsraten in %)					
in 1 000	**AZ [1)]**	**VZÄ**	**AZ [1)]**	**VZÄ**	**AZ [1)]**	**VZÄ**	**AZ [1)]**	**VZÄ**	**AZ [1]**	**VZÄ**	**AZ [1)]**	**VZÄ**
Physiotherapeuten	72	58	102	75	136	99	6,6	5,5	5,9	5,7	7,2	5,3
Masseure/med. Bademeister	60	50	6 9	54	7 6	57	2,4	1,3	1,9	1,1	2,8	1,6
Physiotherapeuten, Masseure/ med. Bademeister	132	108	171	129	212	156	4,9	3,7	4,4	3,9	5,3	3,6
Sonstige therapeutische Berufe	59	46	93	68	110	80	6,4	5,7	3,4	3,3	9,5	8,1
Summe	191	154	264	197	322	236	5,4	4,4	4,1	3,7	6,7	5,0

[1)] AZ = Anzahl.

Quelle: Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

Tabelle 5: Zahl der Physiotherapeuten[1)] 2012 und 2013 nach Art der Einrichtung

	2012		2013		2012/2013	
	in 1.000		in 1.000		in %	
Art der Einrichtung	**AZ[2)]**	**VZÄ**	**AZ[2)]**	**VZÄ**	**AZ[2)]**	**VZÄ**
Therapeutische Praxen	155	110	160	113	3,2	2,7
Arztpraxen	2	1	2	1	0,0	0,0
Ambulante Pflege	1	0	1	0	0,0	0,0
Ambulante Einrichtungen	**157**	**111**	**163**	**114**	**3,8**	**2,7**
Krankenhäuser	20	15	20	15	0,0	0,0
Vorsorge/Rehabilitation	14	12	14	11	0,0	-8,3
(Teil-)Stationäre Pflege	2	1	2	1	0,0	0,0
(Teil-)Stationäre Einrichtungen	**36**	**28**	**36**	**28**	**0,0**	**0,0**
Sonstige Einrichtungen	21	13	23	13	9,5	0,0
Alle Einrichtungen	**214**	**152**	**222**	**156**	**3,7**	**2,6**

[1)] Einschließlich Masseure und medizinische Bademeister.
[2)] AZ = Anzahl.

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Physiotherapeutische Leistungen werden in erster Linie in ambulanten Einrichtungen erbracht. Dort arbeiteten 2013 fast drei Viertel der in diesem Beruf Tätigen. Von diesen waren nahezu alle in freiberuflich geführten Praxen tätig, nur relativ wenige Therapeuten arbeiteten in Arztpraxen oder in der ambulanten Pflege. Weitere 16 % der Therapeuten arbeiteten in stationären oder teilstationären Einrichtungen. Darunter waren etwas mehr als die Hälfte in Krankenhäusern tätig, gefolgt von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und, in geringem Umfang, in der stationären oder teilstationären Pflege. Auch Sonstige Einrichtungen, deren Anteil 2013 bei rund 10 % lag, haben an Bedeutung gewonnen.

Das Wachstum der Zahl der Physiotherapeuten (einschl. Masseure und Bademeister) fand in der vergangenen Dekade vor allem in den therapeutischen Praxen statt. Während insgesamt die Zahl der Stellen um durchschnittlich 4,9 % pro Jahr zunahm, gab es in den Praxen ein Plus von 6,6 % (Tab. 6). Gerechnet nach VZÄ betrug das Gesamtwachstum 3,7 % und in den Praxen erhöhte sich die Personalkapazität um jährlich 5,4 %. Auch in den Sonstigen Einrichtungen verlief die Entwicklung überdurchschnittlich positiv. In den Therapiepraxen war die Dynamik in den Jahren 2001–2006 am höchsten, danach schwächten sich die Wachstumsraten um ca. ein Drittel ab. Umgekehrt verlief die Entwicklung in den Krankenhäusern. Hier kam es in den Jahren 2001–2006 zu einem Personalabbau, der in den Jahren danach kapazitativ nur zum Teil wieder kompensiert wurde. Die Bedeutung der Krankenhäuser als Arbeitsplatz ist somit seit Jahren rückläufig. Stattdessen hat eine Verlagerung der Leistungserbringung vom stationären in den ambulanten Sektor stattgefunden. Auffallend ist außerdem das starke Wachstum der Physiotherapeuten in den Sonstigen Einrichtungen. Dies ist kein neues Phänomen der letzten Jahre, sondern ist schon seit Anfang der Nullerjahre zu beobachten. Die Statistik gibt keine näheren Aufschlüsse, um welche Einrichtungen es sich dabei handelt. Denkbar ist, dass dort z.B. ambulante Leistungserbringer im Reha-Bereich verbucht und angestellte Therapeuten aus anderen Wirtschaftszweigen erfasst wurden.[7]

Der Großteil der in Praxen tätigen Physiotherapeuten übt den Beruf als abhängig Beschäftigte aus (Tab. 7). 2014 waren es schätzungsweise über 125.000 Therapeuten. Jedoch ist auch die Zahl der selbständigen Physiotherapeuten, die in eigener Praxis arbeiten, in den letzten Jahren deutlich gewachsen. Insgesamt zeigt sich damit, dass die physiotherapeutischen Praxen nicht nur eine bedeutende Rolle für das Angebot von Heilmittelleistungen spielen, sondern als Arbeitgeber auch eine wichtige Betriebsform für die Erbringung solcher Leistungen darstellen. Nicht nur werden über 70 % der Physiotherapiebehandlungen in Praxen erbracht (Tab. 5), der steigende Behandlungsbedarf schlägt sich auch in Praxisneugründungen nieder. Seit 2004 ist die Gesamtzahl der Praxen um durchschnittlich

[7] Weitere Einrichtungen können z.B. sein: Sportvereine, Wellnesseinrichtungen, Fitnessstudios, Personal Training, Betriebssporteinrichtungen.

ca. 1,5 % pro Jahr gewachsen. Die permanente Zunahme der Praxen dürfte auch damit zusammenhängen, dass die Verdienste angestellter Physiotherapeuten vergleichsweise niedrig sind.[8]

Die Zahl der selbständigen Masseure und Physiotherapeuten hat sich allerdings gegenläufig entwickelt. Die reinen Massagepraxen nahmen ab (-3 %) und die Physiotherapiepraxen nahmen zu (+ 2,8 %). Über den gesamten Betrachtungszeitraum nahm die Zahl der Massagepraxen um rund 26 % ab, während die Zahl der Praxen von Physiotherapeuten um ca. 32 % zunahm. In letzteren dürfte auch der Großteil der angestellten Therapeuten beschäftigt sein. Ihre Zahl wuchs deutlich stärker als die Zahl der Praxen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Zahl der Mitarbeiter je Praxis tendenziell – zumindest nach Köpfen – wächst.

Neben den freiberuflichen Praxen bieten auch stationäre Einrichtungen Arbeitsplätze für Physiotherapeuten und Masseure. Es handelt sich dabei um Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen. Validierte Daten liegen hierüber für die Jahre 2012 und 2013 vor (Tab. 5). Danach waren im stationären Bereich rund 36.000 Physiotherapeuten und Masseure tätig. Das sind etwa ein Drittel der angestellten Therapeuten.

[8] Siehe Kapitel 6.2.3.

Tabelle 6: Zahl der Physiotherapeuten[1)] nach Art der Einrichtung 2001–2011 [2)]

	Therapeutische Praxen	Arztpraxen	Ambulante Pflege[2]	Ambulante Einrichtungen	Krankenhäuser	Vorsorge-/Rehaeinrichtungen	(Teil-)Stationäre Pflegeeinrichtungen	(Teil-)Stationäre Einrichtungen	Sonstige Einrichtungen	Alle Einrichtungen
2001–2011										
AZ[3)]	6,6	5,8	4,1	6,7	0,0	2,2	0,0	1,0	5,5	4,9
VZÄ	5,4	5,2	0,0	5,3	-0,6	1,1	0,0	0,3	4,8	3,7
2001–2006										
AZ[3)]	8,2	8,4	0,0	8,1	-0,9	1,8	0,0	0,4	7,2	5,3
VZÄ	6,5	5,9	0,0	5,8	-2,5	0,0	0,0	-1,1	4,6	3,6
2006–2011										
AZ[3)]	5,0	3,1	8,4	5,4	0,9	2,5	0,0	1,6	4,3	4,4
VZÄ	4,4	4,6	0,0	4,7	1,3	2,1	0,0	1,7	5,1	3,9

[1)] Einschließlich Masseure und medizinische Bademeister.
[2)] Begrenzte Validität wegen geringer Besetzung und damit verbundener statistischer Unschärfe.
[3)] AZ=Anzahl.

Tabelle 7: Zahl der selbständigen und angestellten Physiotherapeuten 2004–2014 in Praxen

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2004/2014
						Anzahl						Jahresdurchschnittl. Veränderungsrate in %
Selbständige Therapeuten/ Praxen[1] mit Barmer GEK-Abrechnung	**33.882**	**34.659**	**35.266**	**35.947**	**36.468**	**37.171**	**37.769**	**38.457**	**39.117**	**39.158**	**39.510**	**1,5**
davon:												**-8,8**
Massage/Bademeister	5.767	5.270	4.671	4.222	3.845	3.477	3.260	2.936	2.637	2.458	2.298	
Veränderungsrate in %		-8,6	-11,4	-9,6	-8,9	-9,6	-6,2	-9,9	-10,2	-6,8	-6,5	
Physiotherapie	28.115	29.389	30.595	31.725	32.623	33.694	34.509	35.521	36.480	36.700	37.212	**2,8**
Veränderungsrate in %		4,5	4,1	3,7	2,8	3,3	2,4	2,9	2,7	0,6	1,4	
Angestellte Physiotherapeuten/Masseure[2]	79.100	84.600	90.000	95.400	98.700	103.000	107.300	114.900	115.900	120.800	125.500	**4,7**
Veränderungsrate in %		7,0	6,4	6,0	3,5	4,4	4,2	7,1	0,9	4,2	3,9	

[1] Unter einem Institutionenkennzeichen abrechnende Einheiten. Eine Praxis kann unter mehreren Institutionenkennzeichen abrechnen, umgekehrt können mehrere Leistungserbringer unter einem Kennzeichen abrechnen.
[2] Schätzung des ifo Instituts.

Quelle: BARMER GEK, Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

3.3 Der Markt für Ergotherapie

3.3.1 Entwicklung der Nachfrage

Die Ergotherapie hatte im Jahr 2014 einen GKV-Bruttoumsatzanteil an den gesamten Heilmittelausgaben von etwa 14 % (Tab. 8). Der Anteil ist zwischen 2006 und 2014 leicht um ca. 6 % gestiegen. Im Jahresdurchschnitt erhöhten sich die GKV-Umsätze der ergotherapeutischen Praxen um 5,5 % (Tab. 9). Stark zugenommen hat auch die Zahl der Verordnungen und Behandlungen. Insgesamt kommt in dieser Entwicklung zum Ausdruck, dass die Ergotherapie zunehmend von den Ärzten als wichtige therapeutische Versorgungsform anerkannt worden ist und somit früher eine deutliche Unterversorgung stattgefunden hat.[9] Diese Entwicklung fand vor allem in den Jahren ab 2010 statt. Das durchschnittliche Umsatzwachstum war in den Jahren 2010 bis 2014 deutlich höher als in den Jahren unmittelbar davor. Dies gilt ebenso für die Entwicklung der ergotherapeutischen Behandlungen und tendenziell auch für die zugrundeliegenden Verordnungen. Nach den Daten der HIS-Statistik der GKV wie auch der KJ1-Statistik des BMG hatte der GKV-Markt der ergotherapeutischen Praxen 2014 ein Gesamtvolumen von rund 800 Mill. Euro. In dieser Summe sind Patienten-Zuzahlungen in Höhe von etwa 30 Mill. Euro enthalten, die diese aus eigenen Mitteln an die Leistungserbringer zu zahlen haben. Dadurch entstand für die gesetzlichen Kassen Netto-Ausgaben in Höhe von ca. 780 Mill. Euro.

[9] George, Sauer, Tholen (2012)

Tabelle 8: Leistungen der GKV1 für Ergotherapie 2006–2014

	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
GKV-Bruttoumsätze (Tsd. €)	**812.055**	**751.903**	**688.563**	**661.308**	**616.503**	**562.829**	**553.627**	**545.644**	**530.666**
Veränderung zum Vorjahr (%)	8,0	9,2	4,1	7,3	9,5	1,7	1,5	2,8	–
Anteil am gesamten Heilmittelumsatz (%)	14,4	14,4	14,1	14,0	13,9	13,9	13,9	13,6	13,6
Verordnungen	2.224.720	2.167.275	2.068.781	1.992.846	1.846.428	1.674.942	1.652.255	1.634.809	1.610.480
Veränderung zum Vorjahr (%)	2,7	4,8	3,8	7,9	10,2	1,4	1,1	1,5	
Behandlungen	23.331.500	21.960.600	20.674.100	19.325.600	18.133.000	16.647.800	16.383.200	16.238.900	15.786.900
Veränderung zum Vorjahr (%)	6,2	6,2	7,0	6,6	8,9	1,6	0,9	2,9	–
nachrichtlich: Heilmittel gesamt[2)]									
GKV-Bruttoumsatz (Tsd. €)	5.641.294	5.234.599	4.900.464	4.730.277	4.419.413	4.059.268	3.977.654	4.013.717	3.898.617
Veränderung zum Vorjahr (%)	7,8	6,8	3,6	7,0	8,9	2,1	-0,9	3,0	–

[1)] Einschließlich Zuzahlungen der Versicherten.
[2)] Einschließlich Physiotherapie, Logopädie, Podologie.
Quelle: GKV-HIS, ifo Institut.

Tabelle 9: Leistungen für Ergotherapie in der GKV 2006, 2010 und 2014

	2014	2010	2006	2006–2014	2010–2014	2006–2010
				Jahresdurchschnittliche Veränderungsraten in %		
GKV-Bruttoumsätze (Tsd. €)	812.055	616.503	530.666	5,5	7,1	3,8
Patienten-Zuzahlungen (Tsd. €)	31.094	19.135	12.675	11,9	12,9	10,8
GKV-Nettoumsätze (Tsd. €)	780.961	597.368	517.991	5,3	6,9	3,6
GKV-Ausgaben gemäß KJ1	827.428	665.353	n.v.	n.v.	5,6	n.v.
Verordnungen	2.224.720	1.846.428	1.610.480	4,1	4,8	3,5
Behandlungen	23.331.500	18.133.000	15.786.900	5,0	6,5	3,5

Quelle: GKV-HIS, BMG, ifo Institut.

Offizielle Daten zum Privatmarkt liegen auch für die Ergotherapie nicht vor. Nach Einschätzungen von Branchenvertretern liegt der Privatanteil der Ergotherapiepraxen deutlich unter dem in der Physiotherapie. Schätzungen gehen von einem Anteil von 7–15 % aus. Legt man einen Anteil von 10 % zugrunde, so ergibt sich für 2014 ein Gesamtmarkt von 954 Mill. Euro.

Der im Vergleich zur Physiotherapie niedrige Privatmarktanteil in der Ergotherapie dürfte verschiedene Ursachen haben. So ist es zum einen in der Physiotherapie leichter möglich, Selbstzahlerumsätze zu generieren, z.B. Trainingsangebote im Anschluss an eine Therapie oder Präventionsangebote. Zum anderen ist der Anteil reiner Privatpraxen bei den Physiotherapeuten höher. Grund hierfür ist der zu kleine „Teilmarkt Ergotherapie“, der einen Betrieb als Privatpraxis eher unwahrscheinlich macht. Auch werden in der Physiotherapie Leistungen von den Patienten auch in bestimmtem Umfang ohne Verordnung direkt eher nachgefragt, als dies in der Ergotherapie der Fall ist.

3.3.2 Entwicklung des Angebots

Auch in der Ergotherapie dürfen nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuchs therapeutische Leistungen nur von zugelassenen Personen erbracht werden. Das Führen der Berufsbezeichnung Ergotherapeut/in bedarf der Erlaubnis. Rechtliche Grundlage ist das „Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten“ sowie die daraus abgeleitete Verordnung. Die Ausbildung erfolgt in der Regel an speziellen Schulen für Ergotherapie oder an Berufsfachschulen. Außerdem existiert auch die Möglichkeit eines grundständigen Studiums an Hochschulen.

Amtliche Daten zur Zahl der Erwerbstätigkeit in der Ergotherapie existieren erst seit 2012. In diesem Jahr waren in Deutschland 52.000 Ergotherapeuten tätig. 2013 erhöhte sich die Zahl um über 7 % auf 56.000 (Tab. 10). Knapp die Hälfte der Ergotherapeuten ist in therapeutischen Praxen tätig, ca. 36 % in stationären oder teilstationären Einrichtungen. Deutlich zugenommen hat auch die Ergotherapie in „Sonstigen Einrichtungen“.[10] Tab. 4 kann indirekt die Entwicklung seit 2001 entnommen werden. Dort ist die Gruppe der Ergotherapeuten in der Klasse „Sonstige therapeutische Berufe“ enthalten. Diese Berufsklasse ist zwischen 2001 und 2011 um durchschnittlich über 6 % pro Jahr gewachsen. Es ist anzunehmen, dass in diesem Zeitraum die Zahl der Ergotherapeuten ähnlich stark gewachsen ist. Das Hauptwachstum fand dabei in den Jahren 2001 bis 2006 statt. Zwischen 2006 und 2011 fielen die Steigerungsraten niedriger aus.[11]

Tabelle 10: Zahl der Ergotherapeuten 2012 und 2013 nach Art der Einrichtung

	2012		2013		2012/2013	
	in 1.000				%	
Art der Einrichtung	**AZ[1)]**	**VZÄ**	**AZ[1)]**	**VZÄ**	**AZ[1)]**	**VZÄ**
Therapeutische Praxen	25	17	26	18	4,0	5,9
Arztpraxen	1	0	1	0	0,0	0,0
Ambulante Pflege	1	0	1	1	0,0	.
Ambulante Einrichtungen	**26**	**18**	**28**	**19**	**7,7**	**5,6**
Krankenhäuser	8	6	8	6	0,0	0,0
Vorsorge/Rehabilitation	4	3	4	3	0,0	0,0
(Teil-)Stationäre Pflege	8	6	8	6	0,0	0,0
(Teil-)Stationäre Einrichtungen	**20**	**15**	**20**	**15**	**0,0**	**0,0**
Sonstige Einrichtungen	6	4	8	6	33,3	50,0
Alle Einrichtungen	**52**	**38**	**56**	**40**	**7,7**	**5,3**

[1)] AZ = Anzahl.

Quelle: Statistisches Bundesamt.

2013 arbeiteten schätzungsweise knapp 17.000 Ergotherapeuten als Angestellte in Praxen (Tab. 11). Ihre Zahl ist in der vergangenen Dekade ebenso trendmäßig gewachsen wie die Zahl der Praxen selbst. Aus den Daten des vdek kann näherungsweise abgeleitet werden, dass es 2013 in Deutschland über 9.000 ergotherapeutische Praxen gab. Im Durchschnitt der Jahre 2004 bis 2014 nahm ihre Zahl jährlich um fast 7 % zu. Die Wachstumsraten entsprechen damit in der Tendenz der Entwicklung der Verordnungen und Behandlungen. Mittlerweile zeichnet sich im Hinblick auf das Praxisangebot eine Abschwächung ab, zu-

[10] Hierzu gehören z.B. sozialpädiatrische Zentren, Frühfördereinrichtungen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.

[11] Die Werte ab 2012 sind mit den Werten bis 2011 nicht direkt vergleichbar, da die Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes 2012 einer umfassenden Revision unterzogen wurde.

mindest in der Durchschnittsbetrachtung für Gesamtdeutschland. Waren die Praxiszuwächse 2005 und 2006 noch zweistellig, gingen die Raten der Zunahme permanent zurück. 2014 erhöhte sich die Zahl der Praxen gegenüber dem Vorjahr nur noch um 2,9 %, während die GKV-Umsätze um 8 % wuchsen.

Rund 20.000 Ergotherapeuten arbeiten im stationären Sektor, in der Regel im Angestelltenverhältnis. Sind Ergotherapeuten angestellt, arbeiten sie somit überwiegend im stationären Bereich. Deswegen ist in der Ergotherapie der Anteil der Therapeuten, die im stationären Sektor arbeiten mehr als doppelt so hoch wie in der Physiotherapie, wo relativ mehr Therapeuten in Praxen arbeiten. Bei den stationären Einrichtungen handelt es sich insbesondere um Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Weitere 8.000 Therapeuten arbeiten in sonstigen Einrichtungen.

Tabelle 11: Zahl der selbständigen und angestellten Ergotherapeuten 2004–2014 in Praxen

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2004/2014
	Anzahl											Jahresdurchschnittliche Veränderungsrate in %
Selbständige Therapeuten/Praxen[1] mit vdek-Abrechnung	**4.861**	**5.603**	**6.262**	**6.913**	**7.399**	**7.781**	**8.155**	**8.539**	**8.869**	**9.152**	**9.416**	6,8
Veränderungsrate in %		15,3	11,8	10,4	7,0	5,2	4,8	4,7	3,9	3,2	2,9	
Angestellte Ergotherapeuten/ Masseure[2]									**16.100**	**16.800**	**n.v.**	
Veränderungsrate in %										4,3		

[1] Unter einem Institutionenkennzeichen abrechnende Einheiten. Eine Praxis kann unter mehreren Institutionenkennzeichen abrechnen, umgekehrt können mehrere Leistungserbringer unter einem Kennzeichen abrechnen.
[2] Schätzung des ifo Instituts.
[3] 2004–2013.

Quelle: vdek, Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

3.4 Exkurs: Unterschiede in der physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Verordnungspraxis

Branchenexperten weisen darauf hin, dass der strukturell unterschiedlich hohe Anteil von Privatleistungen in physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Praxen auch durch sozialrechtliche Vorgaben beeinflusst sein dürfte.[12] Maßgeblich für die Abrechnung der Leistungen für gesetzlich versicherte Patienten in der therapeutischen Praxis ist der Heilmittelkatalog. Er beschreibt, welche Heilmittel in welchen Mengen bei welchen Diagnosen im Regelfall zu einer medizinisch angemessenen und wirtschaftlichen Versorgung führen. Vergleicht man die Leistungsbeschreibungen des Katalogs für die beiden Therapiebereiche Ergotherapie und Physiotherapie, so sind – unabhängig von den fachlichen Aspekten – einige systematische Unterschiede vorhanden, die sowohl das Verordnungsverhalten der Ärzte als auch das Nachfrageverhalten der Patienten beeinflussen können:

- *Zahl der therapeutischen Maßnahmen*
  Für die Physiotherapie listet der Katalog 16 verschiedene Heilmittel mit insgesamt 45 Behandlungsmaßnahmen auf. Für die Ergotherapie werden vier Heilmittel mit insgesamt 16 Behandlungsmaßnahmen aufgeführt. Für den verordnenden Arzt bedeutet das, dass er im Falle der Physiotherapie nicht nur die Diagnose stellen, sondern aus einer Vielzahl von Maßnahmen eine Behandlung auswählen muss, deren Angemessenheit er möglicherweise im konkreten Diagnosefall nicht vollständig überblickt. In der Ergotherapie muss er hingegen lediglich die Diagnose bzw. das Störungsbild ermitteln und die Behandlungszeit festlegen. Die Auswahl der Behandlungsmethode nimmt der Therapeut vor.
- *Behandlungszeiten*
  In der Ergotherapie sind in der Regel längere Behandlungszeiten vorgesehen als in der Physiotherapie. Die Vor- und Nachbereitung ist dabei jeweils Teil der Behandlung.
- *Funktionsanalyse*
  Ergotherapeuten haben eine eigene Abrechnungsposition für die Funktionsanaly-se, in der Physiotherapie ist das nicht vorgesehen.

Aufgrund dieser Restriktionen der GKV in der physiotherapeutischen Heilmittelversorgung im Vergleich zu den Ergotherapeuten kann es auf Seiten der Ärzte zu weniger Verordnungen kommen, als eigentlich medizinisch notwendig wäre (Unterversorgung), zumal die Wirtschaftlichkeitsprüfungen hier tendenziell strikter durchgeführt wurden als in der Ergotherapie, wo ergotherapeutische Behandlungen viele Jahre als Praxisbesonderheiten betrachtet wurden. Auch sind die Behandlungszeiten und die Anzahl der Behand-

[12] Grosch (2015).

lungen niedriger, so dass die Patienten zum Teil bereit sind, die knapperen Zeitressourcen in der Physiotherapie durch Eigenleistungen zu kompensieren. Insgesamt kann es dadurch zu häufigeren Eigenzahlungen physiotherapeutischer Patienten kommen.

4 Berufliche Ausbildung

4.1 Einleitung

Nicht-akademische Fachkräfte in Gesundheitsberufen leisten neben Ärzten und psychologischen Therapeuten einen zentralen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Als Folge des demografischen Wandels sind wesentliche Veränderungen der Versorgungsbedarfe zu erwarten. Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen geht eine wachsende Zahl multimorbider, chronisch erkrankter und pflegebedürftiger Patienten einher. Hinzu kommen epidemiologische Veränderungen, die von der demografischen Entwicklung unabhängig sind. [13] So ist z.B. auch bei jüngeren Menschen eine Zunahme chronischer Erkrankungen zu verzeichnen. Zusammen führen diese Entwicklungen zu einer quantitativen und qualitativen Ausweitung der Versorgungsbedarfe und in der Folge zu einem vergrößerten und veränderten Bedarf an Gesundheitsfachpersonal. Vor diesem Hintergrund wird in der gesundheits- und berufspolitischen Debatte vermehrt ein drohender Mangel an Fachpersonal im Gesundheitswesen thematisiert. [14]

In den therapeutischen Gesundheitsfachberufen wie der Physio- und der Ergotherapie war das Arbeitskräfteangebot in der Vergangenheit tendenziell mit dem Bedarf gewachsen. Ab etwa 2012 signalisieren Arbeitsmarktanalysen jedoch eine Trendwende. Seitdem zählen Physiotherapeuten zu den Berufen mit anhaltenden Engpässen, da die Zahl der gemeldeten offenen Stellen höher ist als die Zahl der registrierten Arbeitslosen. Und auch therapeutische Praxen und Berufsverbände berichten vermehrt von Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Fachpersonal. Es erscheint deshalb notwendig, nicht nur die Tendenzen des Arbeitsmarktes zu verfolgen, sondern auch die Entwicklung in der beruflichen Ausbildung zu beobachten. Denn die Ausbildungszahlen können gerade in den besonders regulierten Gesundheitsberufen ein Indikator für die Entwicklung des Arbeitskräfteangebots sein.

Wer im Gesundheitswesen beruflich tätig ist, unterliegt besonderer rechtlicher Regulierung. In den nicht-akademischen Gesundheitsberufen erfolgt die Ausbildung deshalb entweder im sogenannten dualen System, oder sie ist in spezifischen Berufszulassungsgesetzen geregelt.[15] Während die schulische Ausbildung im dualen System für die Ausbildungsberufe gemäß dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) oder der Handwerksordnung

[13] Wissenschaftsrat (2012), S.7.

[14] European Commission (2012), S. 5f.

[15] Daneben gibt es auch noch landesrechtlich geregelte Gesundheitsberufe, z.B. Heilerziehungspfleger, Altenpflegehelfer, Krankenpflegehelfer.

(HWO) in Teilzeit-Berufsschulen erfolgt, findet die Ausbildung der meisten andere Gesundheitsberufe in der Regel in sogenannten Schulen des Gesundheitswesens oder teilweise auch in Berufsfachschulen statt.[16.] Letzteres gilt auch für die Berufe Physiotherapeut und Ergotherapeut. Diese werden häufig zu den Gesundheitsfachberufen gezählt, ein Terminus, der jedoch nicht eindeutig definiert ist.[17] Außerdem wird seit einigen Jahren in Modellversuchen auch die Ausbildung bislang nichtakademischer Therapieberufe an Hochschulen erprobt.

Tabelle 12: Verteilung der Schüler der Physiotherapie und Ergotherapie nach Schularten

	Schuljahr		
	2014/15	**2009/10**	**2004/05**
		in %	
Physiotherapeuten	100	100	100
in Berufsfachschulen	17	27	32
in Schulen des Gesundheitswesens	83	73	68
nachrichtlich:			
Anzahl der Schulen des Gesundheitswesens	*218*	*195*	*175*
Masseure/Bademeister	100	100	100
in Berufsfachschulen	31	41	47
in Schulen des Gesundheitswesens	69	59	53
nachrichtlich:			
Anzahl der Schulen des Gesundheitswesens	*48*	*59*	*39*
Ergotherapeuten	100	100	100
in Berufsfachschulen	42	53	57
Schulen des Gesundheitswesens	58	47	43
nachrichtlich:			
Anzahl der Schulen des Gesundheitswesens	*98*	*84*	*75*

Quelle: Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

Im Schuljahr 2014/15 absolvierten 83 % der Physiotherapie-Schüler ihre Ausbildung in Schulen des Gesundheitswesens, 17 % besuchten Berufsfachschulen (Tab. 12). Bei den Masseuren/med. Bademeistern erhielten 31 % der Schüler ihre Ausbildung in Berufsfach-

[16] Der Unterschied zwischen Berufsfachschulen und Schulen des Gesundheitswesens ist primär aufsichtsrechtlicher Natur: Die Berufsfachschulen unterstehen den Kultusministerien während die Schulen des Gesundheitswesen in der Regel den Gesundheits- und Sozialministerien der Länder unterstehen.

[17] Dielmann plädiert dafür, diese Berufe eindeutiger als Heilberufe zu bezeichnen, da auch die dualen Gesundheitsberufe als Gesundheitsfachberufe anzusehen seien (Dielmann 2013). Im Folgenden werden die Begriffe Gesundheitsfachberufe und Heilberufe synonym verwendet.

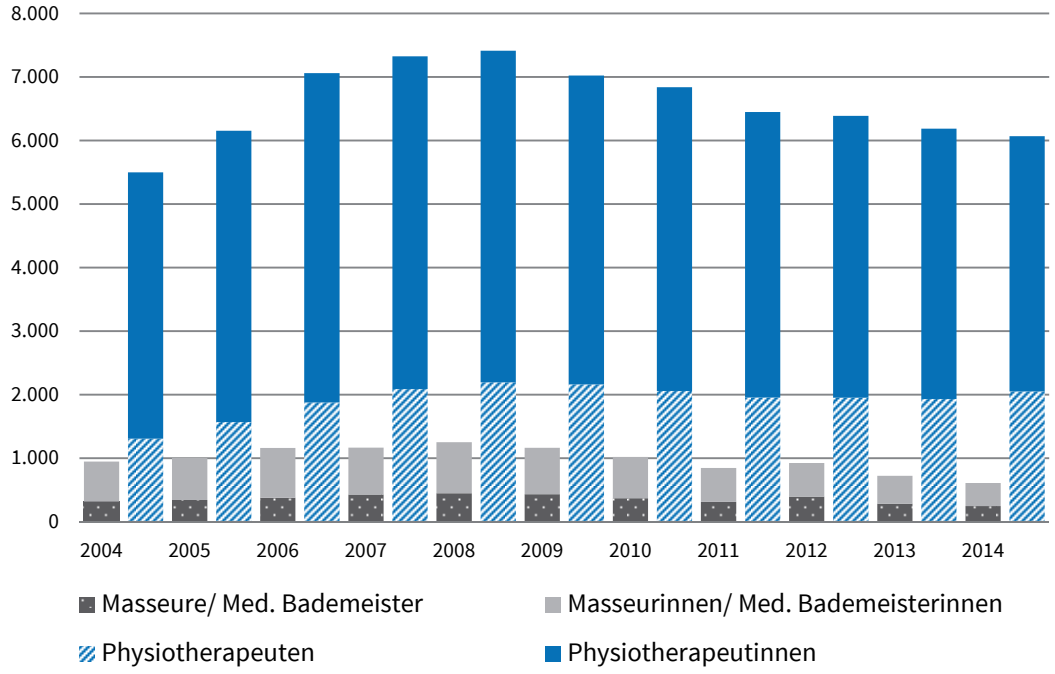
schulen. Bei den Ergotherapeuten lag der Anteil der Berufsfachschüler bei 42 %, 58 % besuchten eine Schule des Gesundheitswesens. Vergleicht man die Verteilung auf die Schularten mit den Schuljahren 2009/10 und 2004/05 so zeigt sich, dass die Berufsfachschulen an Bedeutung verloren haben und sich die Ausbildung zu den Schulen des Gesundheitswesens verlagert hat. Entsprechend hat sich die Zahl dieser Schulen erhöht. Lediglich die Zahl der Schulen zur Ausbildung der Masseure/med. Bademeister hat seit dem Schuljahr 2012/13 aufgrund des generellen Rückgangs der Schülerzahlen in diesem Beruf abgenommen.

4.2 Entwicklung der Absolventen- und Schülerzahlen

Betrachtet man die Entwicklung der Absolventenzahlen in den betrachteten Therapieberufen, zeigt sich etwa seit den Jahren 2008/2009 eine Trendumkehr (Abb. 2). In der Physiotherapie erreichte die Zahl der Absolventen im Jahr 2008 mit knapp 8.700 ihren höchsten Wert (Abb. 2). Seit 2009 sinkt die Zahl sowohl der ihre Schule erfolgreich abschließenden Masseure als auch der Physiotherapeuten. Insgesamt verließen 2014 nur noch etwa 6.700 Absolventen ihre Ausbildungsstätte (Tab. 13). Im Masseursberuf hat sich in diesem Zeitraum die Zahl der Absolventen mehr als halbiert. Bei den Physiotherapeuten betrug der Rückgang knapp 20 %.

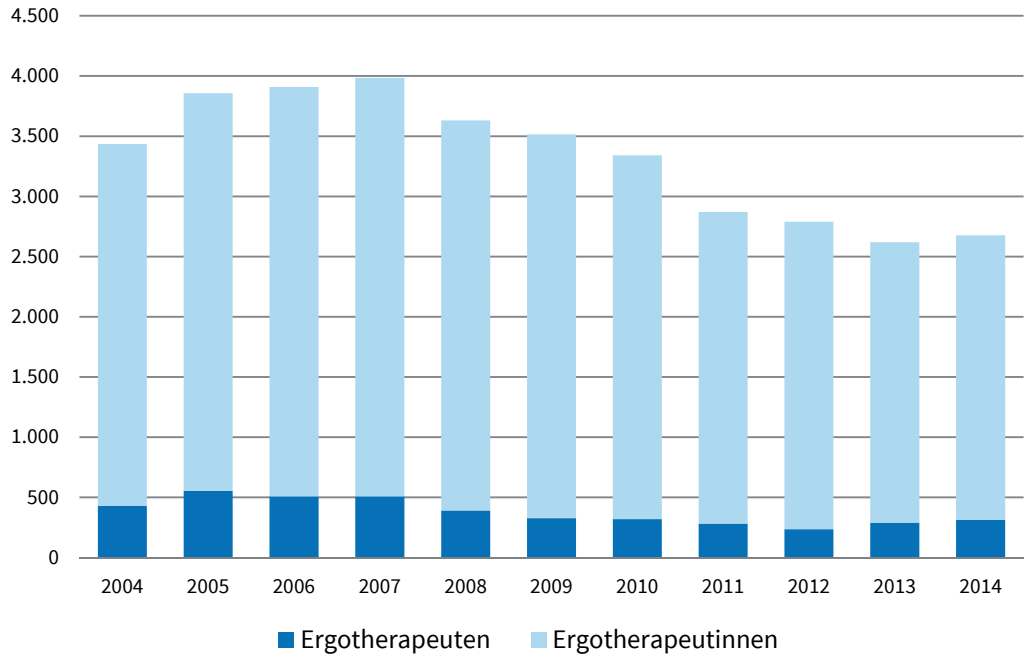
Bei den Ergotherapeuten setzte der Trendwechsel ein Jahr früher ein (Abb. 3). Im Jahr 2007 verließen fast 4.000 Absolventen ihre Schule. Im Jahr 2013 machten noch etwas mehr als 2.600 Schüler ihren Abschluss, das ist ein Rückgang um ca. 35 %. Anders als bei den Physiotherapeuten nahm die Zahl der Absolventen 2014 wieder leicht um rund 2 % zu (Tab. 13). Auffallend ist dabei, dass zwischen 2006 und 2012 der ohnehin schon geringe Anteil männlicher Ergotherapeuten nochmals deutlich zurückging (- 58 %). 2013 und 2014 nahm deren Zahl allerdings wieder zu, so dass 2014 ein Anteil männlicher Absolventen von knapp 12 % zu verzeichnen war. Der entsprechende Wert bei den Physiotherapeuten lag bei knapp 34 %.

Abbildung 2: Zahl der Absolventen in den Berufen Masseur/in/Med. Bademeister/in und Physiotherapeut/in 2004–2014



Quelle: Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

Abbildung 3: Zahl der Absolventen im Beruf Ergotherapeut/in 2004–2014



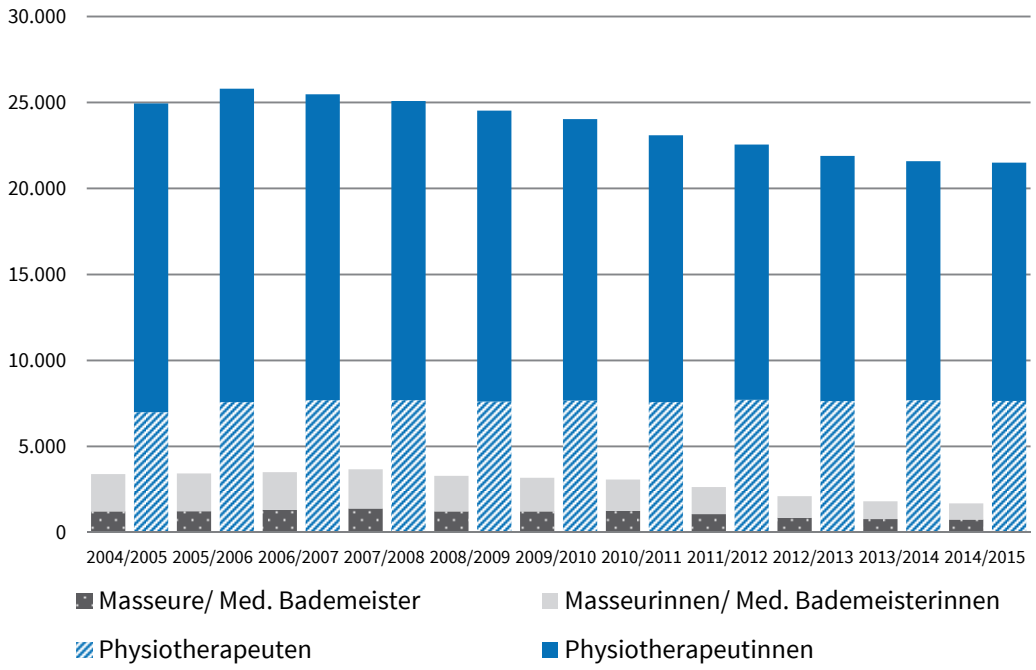
Quelle: Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

Tabelle 13: Absolventen und Schüler in den Berufen Physiotherapeut/in und Ergotherapeut/in

Schuljahr	2014/15	2013/14	2012/13	2011/12	2010/11	2009/10	2008/09	2007/08	2006/07	2005/06	2004/05
Absolvent/en/innen[1)]											
Masseur/in und medizini-sche/r Bademeister/in	611	725	926	848	1.020	1.164	1.252	1.168	1.162	1.005	949
- männlich	248	286	397	314	371	435	449	430	378	343	318
- weiblich	363	439	529	534	649	729	803	738	784	662	631
Physiotherapeut/in	6.068	6.186	6.390	6.450	6.839	7.024	7.415	7.327	7.062	6.155	5.500
- männlich	2.051	1.932	1.953	1.955	2.060	2.162	2.194	2.088	1.877	1.571	1.307
- weiblich	4.017	4.254	4.437	4.495	4.779	4.862	5.221	5.239	5.185	4.584	4.193
Physiotherapie gesamt	6.679	6.911	7.316	7.298	7.859	8.188	8.667	8.495	8.224	7.160	6.449
- männlich	2.299	2.218	2.350	2.269	2.431	2.597	2.643	2.518	2.255	1.914	1.625
- weiblich	4.380	4.693	4.966	5.029	5.428	5.591	6.024	5.977	5.969	5.246	4.824
Ergotherapeut/in	2.677	2.620	2.790	2.870	3.341	3.516	3.631	3.984	3.909	3.857	3.435
- männlich	314	290	236	283	319	328	391	508	508	555	428
- weiblich	2.363	2.330	2.554	2.587	3.022	3.188	3.240	3.476	3.401	3.302	3.007
Schüler/innen											
Masseur/in und medizinische/r Bademeister/in	1.681	1.803	2.108	2.638	3.068	3.170	3.282	3.667	3.500	3.428	3.390
- männlich	745	775	851	1.060	1.245	1.215	1.219	1.384	1.303	1.231	1.216
- weiblich	936	1.028	1.257	1.578	1.823	1.955	2.063	2.283	2.197	2.197	2.174
Physiotherapeut/in	21.498	21.589	21.893	22.557	23.097	24.032	24.526	25.087	25.474	25.799	24.948
- männlich	7.645	7.691	7.636	7.703	7.581	7.665	7.608	7.685	7.691	7.576	6.992
- weiblich	13.853	13.898	14.257	14.854	15.516	16.367	16.918	17.402	17.783	18.223	17.956
Physiotherapie gesamt	23.179	23.392	24.001	25.195	26.165	27.202	27.808	28.754	28.974	29.227	28.338
- männlich	8.390	8.466	8.487	8.763	8.826	8.880	8.827	9.069	8.994	8.807	8.208
- weiblich	14.789	14.926	15.514	16.432	17.339	18.322	18.981	19.685	19.980	20.420	20.130
Ergotherapeut/in	10.243	10.144	9.822	10.183	10.624	11.382	12.318	13.342	14.014	14.728	14.321
- männlich	1.080	1.133	1.107	1.154	1.165	1.221	1.342	1.560	1.742	1.961	2.014
- weiblich	9.163	9.011	8.715	9.029	9.459	10.161	10.976	11.782	12.272	12.767	12.307
nachrichtlich[2)]:											
Medizinische Gesundheitsberufe insgesamt	212.519	212.011	201.303								
Nichtmedizinische Gesundheitsberufe	90.956	87.458	84.242								
Erziehungs- und soziale Berufe	173.782	167.910	161.875								
Alle Sozial- und Gesundheitsdienstberufe	505.079	500.303	477.353								

[1)] Abgangsjahr ist jeweils das Jahr des Schuljahrbeginns.
[2)] Vor 2012 mehrfach geänderte Definition.
Quelle: Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

Abbildung 4: Zahl der Schüler in den Berufen Masseur/in/Med. Bademeister/in und Physiotherapeut/in der Schuljahrgänge 2004/2005–2014/2015



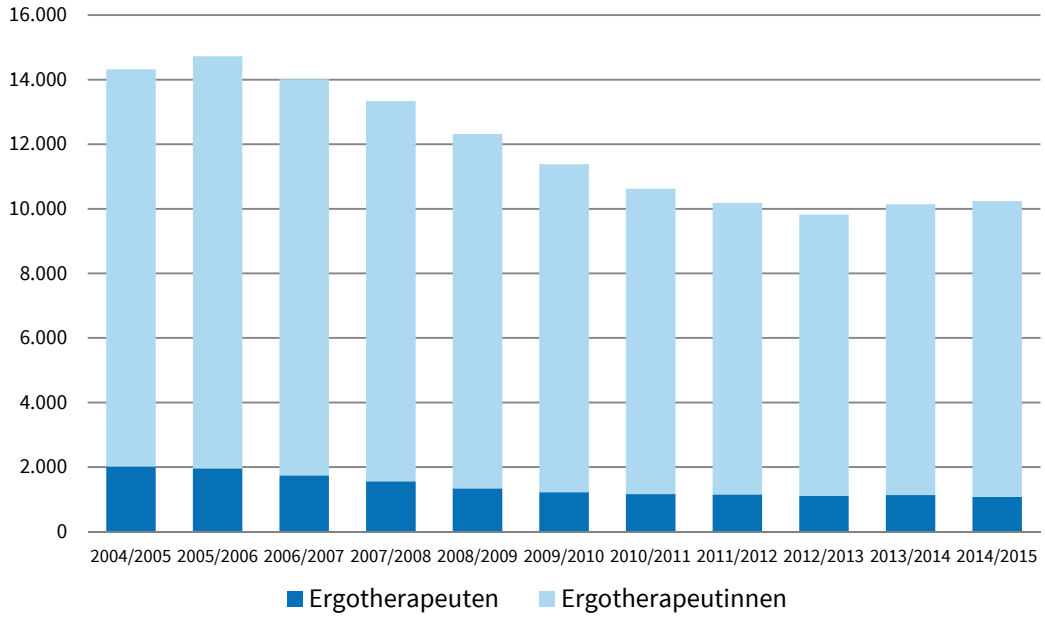
Quelle: Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

Grundlage der Absolventenzahlen ist die Entwicklung der Schülerzahlen. Diese hatten bei den Physiotherapeuten ihren Höhepunkt im Schuljahr 2005/2006 mit rund 25.800 Schülern (Abb. 4). Seit dem Schuljahr 2006/2007 gehen die Schülerzahlen kontinuierlich zurück. Im Schuljahr 2014/2015 erlernten rund 21.500 Personen auf den genannten Schulen diesen Beruf. Das entspricht einem Rückgang von rund 17 % (Tab. 13). Dabei verlief die Entwicklung bei den männlichen und weiblichen Schülern sehr unterschiedlich. Die Zahl der männlichen Physiotherapeuten ist seit vielen Jahren relativ konstant. Sie lag in der Spitze im Schuljahr 2006/2007 bei 7.691. Der niedrigste Wert betrug seit damals 7.581 im Schuljahr 2010/2011. Im Schuljahr 2014/2015 wurden 7.645 männliche Schüler gezählt. Ganz anders verlief die Entwicklung bei den Frauen. Seit 2005/2006 reduzierte sich deren Zahl von ca. 18.200 auf knapp 13.900 im Jahr 2014/2015. Das ist ein Rückgang von 24 %.

Bei den Masseuren/med.Bademeistern dauerte das Schülerwachstum noch bis zum Schuljahr 2007/2008 an, um dann aber umso deutlicher abzufallen. Die Schülerzahl reduzierte sich von knapp 3.700 auf nahezu 1.700 im Schuljahr 2014/2015. Das ist ein Rückgang von ca. 54 %. Der Rückgang fiel dabei bei den Frauen stärker aus.

In der Ergotherapie lag der Höhepunkt der Schülerzahl wie in der Physiotherapie im Schuljahr 2005/2006 (Abb. 5). Es folgte dann ein Rückgang der Schüler von etwa 14.700 auf rund 9.800 Schüler im Jahr 2012/2013. Das war eine Abnahme von etwa einem Drittel (Tab. 13). Während sich die Zahl der männlichen Schüler etwa halbierte, nahm der Schü-

Abbildung 5: Zahl der Schüler in den Berufen Ergotherapeut/in der Schuljahrgänge 2004/2005–2014/2015



Quelle: Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

lerinnenbestand um knapp ein Drittel ab. Seit dem Schuljahr 2013/2014 nimmt die Schülerzahl insgesamt wieder leicht zu.

Für einen konsistenten Vergleich mit den Gesundheitsberufen insgesamt liegen nur Zahlen aus den drei Schuljahren von 2012 bis 2014 vor. In den drei Schuljahren hat sich die Gesamtzahl der Schüler in den medizinischen Gesundheitsberufen, zu denen auch die therapeutischen Fachberufe gehören, um knapp 6 % erhöht. (Tab. 13). Die Schülerzahlen in den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen erhöhte sich um 8 % und in den Erziehungs- und sozialen Berufe um gut 7 %. Im Vergleich hierzu ist der konstante Rückgang der Schülerzahlen in der Physiotherapie bemerkenswert. In der Ergotherapie nahmen die Schülerzahlen in diesem Zeitraum zwar wieder zu, lagen aber mit einem Wachstum von 4,3 % unter dem der anderen betrachteten Vergleichsgruppen.

Der Rückgang der Ausbildungszahlen der beruflichen Schulen in den betrachteten Therapieberufen muss auch insofern weiter beobachtet werden, als es seit einigen Jahren möglich ist, die Ausbildung im Rahmen grundständiger Studiengänge an Hochschulen zu absolvieren. Hierüber liegt gegenwärtig aber noch kein umfassendes Datenmaterial vor. Dabei ist auch die Frage zu stellen, in welchem Umfang die an Hochschulen ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten ihren Primärberuf auch tatsächlich ausüben. Das wird vor allem von den Motiven abhängen, die zur Aufnahme eines Studiums geführt haben. Bestehen die Motive vor allem darin, mehr Wissen in die Berufspraxis einbringen zu können oder mehr Autonomie oder eine bessere Bezahlung zu erreichen, so dürften diese

Ziele in der therapeutischen Regelpraxis nur schwer erreichbar sein. So erfolgt die Abrechnung therapeutischer Leistungen unabhängig davon, welchen Ausbildungsweg der Therapeut beschritten hat. Deshalb dürfte sich bei ähnlicher Tätigkeit der Verdienst akademischer und nicht-akademischer Physiotherapeuten im therapeutischen Praxisalltag bislang nicht wesentlich unterscheiden. Dies gilt zumindest für den Großteil der Arbeitsstätten, in denen Tarifverträge nichts anderes vorsehen.[18]

Bei primärqualifizierenden Studiengängen wird die Berufsqualifizierung ausschließlich über ein Hochschulstudium erreicht; eine vorherige Ausbildung an einer beruflichen Schule ist nicht erforderlich. Die Möglichkeit zur Einrichtung primärqualifizierender Studiengänge besteht derzeit nur auf Grundlage berufsgesetzlicher Modellklauseln. Der Gesetzgeber hat diese bereits 2003 für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, 2009 aber auch für Physiotherapeut/en/innen, Ergotherapeut/en/innen und Logopäd/en/innen sowie Hebammen und Entbindungspfleger geschaffen. Anders als im Pflegebereich beinhalten die Modelle in den Therapieberufen keine Erweiterung des Ausbildungsziels.[19] Dem Gesetzgeber kommt es lediglich darauf an, ob die Ausbildung in den praktisch tätigen Therapieberufen auch an Hochschulen Ziel führend ist und gegebenenfalls mit einer Qualitätsverbesserung einhergeht.

Der Wissenschaftsrat ging 2012 davon aus, dass der Anteil der Hochschulabsolventen in der Physiotherapie niedriger und in den beiden anderen Therapieberufen höher liegen wird als im Gesamtdurchschnitt. Zum Wintersemester 2013/2014 wurden entsprechende Studiengänge an zehn Hochschulen und 15 Hochschulstandorten angeboten.[20]

Alle Modellklauseln gelten zunächst bis 2017 und sollen frühestens 2015 vom Bundesministerium für Gesundheit evaluiert werden. Der Wissenschaftsrat plädiert generell dafür, dass die Heilberufe künftig verstärkt an Hochschulen gelehrt werden sollen. Der Rat schlägt einen Anteil von 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs vor.

Bereits seit etwas längerer Zeit gibt es an Hochschulen ausbildungsintegrierende Studiengänge, bei denen die Berufsqualifizierung durch eine Verzahnung von schulischen und hochschulischen Ausbildungsanteilen erfolgt. Üblicherweise werden dabei die theoretischen Anteile an einer Hochschule, einige Anteile an einer beruflichen Schule und die praktische Ausbildung an kooperierenden Versorgungseinrichtungen erbracht.

[18] Schönfelder/Spiegel (2015).

[19] Wissenschaftsrat (2012), S. 35.

[20] ZVK (2014), Website-Abruf am 06.08.2015: https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/einzelansicht/artikel/Physiotherapie-grundstaendig-studieren-Hochschule.html?cHash=6fc10c1c01e0d8a2e55dce84e39d1795.

4.3 Finanzierung der Ausbildung in den Therapieberufen

Bei der Entscheidung junger Menschen über den künftig auszuübenden Beruf spielen vielfältige Motive und Einflüsse eine Rolle. Generell wird in der Literatur zwischen endogenen und exogenen Faktoren unterschieden.[21] Die einzelnen Determinanten sind meist miteinander verflochten und hängen voneinander ab. Zu den endogenen Faktoren werden individuelle psychische und physische Eigenschaften des Berufswählers gerechnet. Hierzu gehören vor allem die Eignung, die Neigungen, aber auch Motive wie Arbeitsplatzsicherheit oder Einkommen. Zu den exogenen Faktoren gehören u.a. das Elternhaus, die Wohnregion, Peer-Groups und Lehrer. Nicht minder relevant sind ökonomische und ausbildungsbezogene Einflussfaktoren. Das sind vor allem die Entwicklungsperspektive der jeweiligen Branche, die Arbeitsmarktlage, die Höhe der Arbeitsverdienste, der Berufszugang, die Nähe des Ausbildungsortes sowie die Dauer und die Kosten der Ausbildung.

Die in diesem Kapitel dargestellte Entwicklung der Schüler- und Absolventenzahlen in den therapeutischen Berufen kann an dieser Stelle nicht multifaktoriell analysiert und erklärt werden. Stattdessen wird hier der Aspekt der Ausbildungsfinanzierung näher beleuchtet, da er einen signifikanten Einfluss auf die Berufswahl haben dürfte.

Wie oben erwähnt, sind die nicht-akademischen Heilberufe durch sehr uneinheitliche rechtliche und institutionelle Ausbildungsstrukturen gekennzeichnet. So bestehen z.B. bei den Pflegefachberufen und den Hebammen wesentliche Elemente des dualen Systems, bei anderen Ausbildungen wie in der Physiotherapie und Ergotherapie vollzeitschulische Ausbildungen.[22] Damit sind die auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelten Gesundheitsberufe als Sonderform der beruflichen Bildung spezifischen Anforderungen bei Zugang und Erwerb der Berufserlaubnis unterworfen. Dadurch können Benachteiligungen gegenüber dualen Ausbildungsberufen hinsichtlich zentraler Qualitätsstandards bezüglich der Qualifikation der Lehrkräfte und der Strukturierung der praktischen Ausbildung entstehen. Hinzu kommen Nachteile in der sozialen Absicherung durch fehlende Vorgaben einer angemessenen Ausbildungsvergütung oder die Verpflichtung, selbst für die Ausbildung oder Teile davon finanziell aufkommen zu müssen.

Die in Deutschland in fast allen Berufsausbildungen geltende Regelung, dass für die Teilnahme an der Erstausbildung kein Ausbildungsentgelt (Studiengebühr, Schulgeld) erhoben wird, gilt nicht für bestimmte Gesundheitsfachberufe wie Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie. Während also in der Regel weder im dualen System Auszubildende in Gesundheitsberufen Schulgeld noch an den Hochschulen Medizin- und Pharmaziestuden-

[21] Hentrich (2011), S. 32-51.

[22] Dielmann (2013), S. 149 ff.

ten Studiengebühren zu zahlen haben, wird die Ausbildung an den Schulen des Gesundheitswesens anders und darüber hinaus unterschiedlich finanziert.[23] Hinzu kommt, dass auch Ausbildungsvergütungen, wie sie im dualen System üblich sind, in der Therapeutenausbildung nicht gezahlt werden.

Die Ausbildung in den Heilberufen erfolgt vielfach auf privatrechtlicher Grundlage (Tab. 14). Die jeweiligen Bildungseinrichtungen bedürfen deshalb der staatlichen Anerkennung. Sie können je nach Landesrecht gegebenenfalls eine staatliche Refinanzierung als Ersatzschule erhalten, die aber in der Regel nur einen Teil der Kosten abdeckt. Schulen mit privatem Status dürfen deshalb prinzipiell Schulgeld verlangen, während öffentliche Schulen meist kein Schulgeld erheben. Allerdings gibt es auch hier Ausnahmebereiche: Schulgeldzahlungen sind für die nach Bundesrecht gemäß dem Hebammengesetz (§ 20), dem Krankenpflegegesetz (§ 17, 3) und dem Notfallsanitätergesetz (§ 20, 2) ausgebildeten Gesundheitsberufe ausgeschlossen.

Tabelle 14: Absolventen in Gesundheitsdienstberufen nach Schulart und rechtlichem Status der Schule (öffentlich/privat) 2004, 2009, 2014

	2004			2009			2014		
	AZ[1)]	**Öffentl.**	**privat**	**AZ[1)]**	**Öffentl.**	**privat**	**AZ[1)]**	**Öffentl.**	**privat**
Physiotherapeut	5.500	13,3	86,7	7.024	11,9	88,1	6.068	16,7	83,3
Schulen des Gesundheitswesen	3.943	11,7	88,3	5.128	10,2	89,8	5.054	15,7	84,3
Berufsfachschulen	1.557	17,3	82,7	1.896	16,3	83,7	1.014	22,0	78,0
Masseur/med. Bademeister	**949**	**21,2**	**78,8**	**1.164**	**13,1**	**86,9**	**611**	**20,8**	**78,2**
Schulen des Gesundheitswesen	553	23,7	76,3	685	12,8	87,2	459	18,1	81,9
Berufsfachschulen	396	17,7	82,3	479	13,4	86,6	152	28,9	71,1
Ergotherapeut	**3.435**	**8,2**	**91,8**	**3.516**	**8,0**	**92,0**	**2.677**	**14,8**	**85,2**
Schulen des Gesundheitswesen	1.587	6,5	93,5	1.609	6,1	93,9	1.590	12,6	87,4
Berufsfachschulen	1.848	9,7	90,3	1.907	9,5	90,5	1.087	17,9	82,1

[1)] AZ = Anzahl.

Quelle: Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

[23] Igl (2013), S. 317 ff.

Ein weiterer Fall unterschiedlicher Ausbildungsfinanzierung findet in den Krankenhäusern statt. Für den Großteil der nicht-akademischen Heilberufe, darunter auch die Berufe Physio- und Ergotherapeut, werden die Ausbildungskosten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) getragen, wenn die jeweiligen Schulen in der Trägerschaft oder Mitträgerschaft von Krankenhäusern geführt werden (§2, 1a KHG). Demnach werden die Investitionskosten von den Ländern getragen, während die Betriebskosten der Schulen und die Kosten der betrieblichen Ausbildung einschließlich der Ausbildungsvergütungen von den Krankenhäusern übernommen werden. Die Ausbildungskosten, die in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten entstehen, werden durch Ausbildungszuschläge gemäß § 17 a KHG finanziert. Die Finanzierung der schulischen Ausbildung erfolgt in diesem Fall somit größtenteils indirekt über die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Resümierend ist festzustellen, dass die generelle rechtliche und institutionelle Divergenz und Komplexität der Berufsausbildung in den Gesundheitsberufen in erheblichem Maße auch auf die Ausbildungsfinanzierung durchschlägt. Das ist insofern von Bedeutung, als Berufe bezüglich ihrer Attraktivität in bestimmtem Maße in Konkurrenz zueinander stehen. Und auch innerhalb der Gesundheits- und Sozialberufe ist die Berufswahl nicht immer von vornherein auf einen einzigen Wunschberuf fokussiert, sondern es existieren Motive und Neigungen, die auf – häufig diffuse - Tätigkeitskomplexe wie „mit Menschen arbeiten“, „Helfen“ oder „Heilen“ gerichtet sind.[24] In diesen Fällen stehen auch die zahlreichen Gesundheitsberufe untereinander in einer Wahlkonkurrenz.

Was die Vergütung von Auszubildenden in der Berufsausbildung betrifft, existieren einheitliche Regelungen nur für Ausbildungen nach dem BBiG und der HWO. Für Gesundheitsberufe kommt es also darauf an, ob sie als anerkannte Ausbildungsberufe gemäß BBiG oder HWO gelten, oder ob die Ausbildung aufgrund anderer Regelungen stattfindet. Die Heilberufegesetze enthalten nur zum Teil Regelungen zur Ausbildungsvergütung, so für Pflegeberufe, Hebammen und Notfallsanitäter. Hinsichtlich der Entgelte für die Ausbildung ergeben sich Unterschiede danach, ob die Ausbildungsstätten öffentlich sind, wie meistens im System der dualen Ausbildung und der Hochschulen, oder privatrechtlich organisiert sind, wie zumeist bei den Schulen des Gesundheitswesen und den Berufsfachschulen der therapeutischen Heilberufe. Schließlich ist von wesentlicher Bedeutung, ob die Ausbildung an einer Ausbildungsstätte eines Krankenhauses[25] stattfindet oder nicht. Die nur sehr begrenzt nachvollziehbare ungleiche Behandlung in der Ausbildungsfinanzierung findet also sowohl zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und sogar innerhalb der Heilberufe statt als auch zwischen institutionell unterschiedlich verankerten Ausbildungsstätten derselben Ausbildungsrichtung.

[24] Hentrich (2011), S. 35.

[25] Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um ein öffentliches oder privates Krankenhaus handelt.

5 Regulatorische Rahmenbedingungen

Der Umsatz von Heilmittelpraxen wird überwiegend durch die Vergütungen der GKV und, in geringerem Umfang, anderer gesetzlicher Versicherungen bestimmt. Deshalb spielt das Sozialrecht für die unternehmerische Führung und die betriebswirtschaftliche Steuerung von physio- und ergotherapeutischen Praxen eine herausragende Rolle. Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) konstituiert in § 32 den generellen Rechtsanspruch gesetzlich Krankenversicherter auf die Versorgung mit Heilmitteln. Gleichzeitig schränkt er diesen Rechtsanspruch mit Verweis auf die Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)– in dem zwar die Kostenträger, aber nicht die Heilmittelerbringer vertreten sind – nach § 92, 1 SGB V ein. Weitere Einschränkungen beziehen sich nach § 138 auf innovative Heilmittel.

Ausfluss der Richtlinienkompetenz des G-BA sind die Heilmittelrichtlinie und der darauf basierende Heilmittelkatalog. Die Heilmittelrichtlinie definiert den Rahmen, in dem aus Sicht des G-BA eine medizinisch zweckmäßige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gegeben ist. Der Heilmittelkatalog ist die verbindliche praxisorientierte Umsetzung der Heilmittelrichtlinie in der Alltagspraxis von Leistungserbringern und Ärzten. Er beschreibt detailliert, welche Heilmittel in welchen Mengen bei welchen Diagnosen (Diagnosegruppen) im Regelfall verordnet, verabreicht und abgerechnet werden dürfen.

Heilmittelleistungen dürfen gemäß der Heilmittelrichtlinie in der Regel nur aufgrund ärztlicher Verordnung erbracht werden. Das Verordnungsverhalten der Ärzte mit GKV-Zulassung (Vertragsärzte) spielt deshalb für die Umsätze der Heilmittelpraxen eine entscheidende Rolle. Neben den fachlichen Aspekten wird das Verordnungsverhalten der Vertragsärzte auch wesentlich von den Vorschriften des SGB V bestimmt. Dort wird im § 84, 8 festgelegt, unter welchen sozialrechtlichen Voraussetzungen Ärzte Heilmittel verordnen dürfen. Dabei ist der Arzt nicht grundsätzlich frei bezüglich der Gesamtmenge der Heilmittelverordnungen seiner Praxis. Vielmehr muss er sich an der für seine Arztgruppe spezifischen Richtgröße orientieren. Diese dient als Berechnungsgrundlage für das ihm zur Verfügung stehende Verordnungsvolumen (Richtgrößenvolumen). Überschreitet der Arzt sein Verordnungsvolumen, löst dies eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch eine gemeinsame Prüfungsstelle von Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 106, 5a aus. Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens von mehr als 25 % muss der Arzt den Mehraufwand zurückerstatten. Dies kann bei den Ärzten zu Unsicherheiten und einem defensiven Verordnungsverhalten führen. Erst seit 2013 können Ärzte sogenannte Praxisbesonderheiten beantragen, die bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung unberücksichtigt bleiben, so dass sich das Regressrisiko mindert. Hinzu kommt, dass es in Deutschland

unterschiedlich Verordnungsgewohnheiten gibt. Dies zeigen die divergierenden Verordnungsintensitäten in den verschiedenen Kassenbezirken.

Des Weiteren existieren qualifikatorische Regelungen, die unter maßgeblicher Mitwirkung der Kassen bestimmen, welche Leistungserbringer zur Heilmittelversorgung zuzulassen sind. Eine Zulassung benötigen nur selbstständig tätige nichtärztliche Heilmitteltherapeuten, nicht jedoch Krankenhäuser und Ärzte, die in ihrer Praxis Heilmittel erbringen. Krankenhäuser sind aber an die Bestimmungen des § 124, 2 gebunden. § 124, 2 SGB V legt fest, dass nur zugelassen wird, wer die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung und eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung besitzt. Des Weiteren müssen die Anforderungen an die Praxisausstattung erfüllt sein. Welche Zulassungsanforderungen konkret erfüllt sein müssen, legen der Spitzenverband der GKV in seinen „Zulassungsempfehlungen“ fest.

Neben den genannten leistungs- und qualifikationsorientierten Regulierungen wird der unternehmerische Handlungsspielraum der Ergo- und Physiotherapeuten wesentlich durch die preisorientierten Bestimmungen des SGB V limitiert. Grundsätzlich werden auch in der GKV Leistungspreise marktwirtschaftskonform und dem Sachleistungsprinzip entsprechend durch Verträge zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vereinbart. Höherrangig flankiert werden diese Vereinbarungen aber durch Gesetz oder durch Beschlüsse des G-BA.

Die wohl wichtigste flankierende Norm im Hinblick auf die Preissetzung auf den GKV-bestimmten Gesundheitsmärkten ist der § 71 SGB V. Sie geht über den § 4, 4 SGB V hinaus und bindet auch die Leistungserbringer und deren Verbände bei der Festsetzung von Preisen mit ein. Die Vorschrift ist Ausdruck einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der GKV. Sie setzt nicht primär an den Niveaus von Leistungspreisen an, sondern will durch Kappung von Vergütungsanpassungen, orientiert an der für die Einnahmen der GKV maßgeblichen Grundlohnsumme und deren Veränderung, eine positive Dynamik der GKV-Ausgaben begrenzen. In der politischen Debatte ist deshalb häufig von der Grundlohnsummenbindung der Vergütung die Rede, wie sie in § 71, 3 festgesetzt wurde. Auf diese Weise soll das ökonomische Ziel der Beitragssatzstabilität erreicht werden.

Der Begriff der Grundlohnsummenbindung der Preise ist insofern unpräzise, als das SGB V in § 125, 2 vorsieht, dass die Vergütungspreise zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen frei verhandelt und vertraglich vereinbart werden. Somit können prinzipiell den jährlichen Vergütungsvereinbarungen auch betriebswirtschaftliche Erfordernisse der Heilmittelpraxen zugrunde gelegt werden. Wenn beispielsweise das Vergütungsniveau in einem Heilmittelbereich aus Sicht der Leistungserbringer wegen der Kostenentwicklung deutlich angehoben werden müsste, wäre dies im Konsens mit den Kostenträgern nach dem einschlägigen § 125 möglich. De facto ist es aber nach einhelliger Meinung der Heilmittelverbände nicht möglich, einen betriebswirtschaftlich basierten

Kalkulationsansatz zur Bestimmung der einzelnen Behandlungspreise durchzusetzen, da die Vertreter der Kassen stets auf die Gesetzeslage des § 71 SGB V verweisen. Eine Verbesserung der Vergütungssituation ist somit bislang äußerstenfalls nur im Rahmen der Steigerung der Kasseneinnahmen und damit der Grundlohnsummenentwicklung möglich. Die freie Vereinbarkeit der Preise nach § 125 führte in der Vergangenheit sogar zuweilen dazu, dass in den Vergütungsverträgen der mögliche Spielraum für Preiserhöhungen von den Heilmittelvertretern nicht voll ausgeschöpft werden konnte. Denn auf einen Abschluss in Höhe der Grundlohnerhöhung haben die Leistungserbringer keinen Rechtsanspruch. Die unterschiedliche Verhandlungsmacht der Vertragsparteien ist deshalb für das Verhandlungsergebnis von entscheidender Bedeutung. Nicht zuletzt deshalb kann seit einigen Jahren im Falle der Nichteinigung ein Schiedsverfahren beantragt werden.

Zwar können die Krankenkassen seit 2013 auch Abschlüsse oberhalb der Grundlohnsummensteigerung tätigen, doch liegt dies in ihrem freien Ermessen. Vom Gesetzgeber intendiert war diese Regelung für die Möglichkeit des Ost-West-Angleichs der Vergütungen.

Unterschiedliche Preise existieren nicht nur zwischen Ost- und Westdeutschland sondern teilweise auch zwischen den Ersatzkassen und den übrigen Kassen. In der Regel liegen die Ersatzkassenpreise über denen der anderen Krankenkassen. Um diese aus Sicht der betroffenen Krankenkassen negative Situation zu beseitigen, sieht das neue Versorgungsstärkungsgesetz vor, dass die Preise im Zeitraum 2016 bis 2021 schrittweise angeglichen werden. Dabei sind auch Steigerungen oberhalb der Grundlohnsummenentwicklung möglich. Profitieren werden auch hier vor allem die Länder in Ostdeutschland. Erwartet werden auch Verbesserungen in den Ländern Bremen, Berlin, Hamburg und Niedersachsen.

Neben den Erlösen aus der Behandlung gesetzlich Versicherter erzielen Heilmittelerbringer auch Umsätze aus der Behandlung privat Versicherter oder von Patienten, die therapeutische Anwendungen aus eigener Tasche bezahlen. In der Physiotherapie ist der Anteil dieses Personenkreises höher als in der Ergotherapie. Wie bei anderen medizinischen Dienstleistungen auch liegt der therapeutischen Behandlung rechtlich ein Dienstvertrag zugrunde, der zwischen Patient und Therapeut frei vereinbar ist. Das bedeutet, dass die Preissetzung in diesem Segment weitgehend frei ist. Jeder Therapeut kann prinzipiell den Preis verlangen, den er zur Deckung von Kosten und Einkommen festgelegt hat bzw. zu dem er seine Leistungen wettbewerbsfähig anbieten kann.

Während es für ärztliche Leistungen Gebührenordnungen gibt, ist dies bei Heilmittelerbringern nicht der Fall. Die privaten Krankenversicherungen setzen deshalb oftmals eigene Bedingungen und Tarife für Heilmittelleistungen fest. Teilweise orientieren sie sich dabei dem Vernehmen nach an den beihilfefähigen Höchstbeträgen der Beihilfestellen. Die Beihilfestellen lehnen sich wiederum zunehmend an die Sätze der Ersatzkassen an. Im

Schnitt liegen aber die Preise für Beihilfe- und privat Versicherte über denen der gesetzlich Versicherten. Rechtlich ist für die Leistungspflicht des Patienten aber nur die Preisvereinbarung des Behandlungsvertrags maßgeblich. Ein weiterer Vorteil des Privatmarktes besteht darin, dass die Versicherungen zwar ebenfalls eine ärztliche Verordnung verlangen, damit eine Leistungspflicht entsteht; es gibt aber in der privaten Krankenversicherung keine generelle Beschränkung der Verordnungsmenge.

6 Wirtschaftlichkeit und Verdienste

6.1 Datenquellen

Daten zur wirtschaftlichen Situation von therapeutischen Praxen werden in Deutschland nicht regelmäßig und nicht umfassend erhoben. Das Statistische Bundesamt ermittelt mit einer Stichprobenerhebung in vierjährigem Abstand die Kostenstruktur bei bestimmten Einrichtungen des Gesundheitswesens. In der der Erhebung zugrundeliegenden Klassifikation der Wirtschaftszweige sind Heilmittelpraxen der Wirtschaftsklasse 86.90 „Gesundheitswesen anderweitig nicht genannt (a.n.g.)“ untergeordnet. Dabei ist von den verschiedenen therapeutischen Fachgebieten lediglich die Wirtschaftsunterklasse 86.90.2 „Massagepraxen, Krankengymnastikpraxen, Praxen von medizinischen Bademeisterinnen und Bademeistern, Hebammen und Entbindungspfleger sowie von verwandten Berufen“ relativ einschlägig, und zwar für die Massage- und physiotherapeutischen Praxen. Ergotherapeutische Praxen werden in der Wirtschaftszweigsystematik nicht explizit erwähnt. Für die Zwecke dieser Studie wird deshalb die Wirtschaftsunterklasse 86.90.2 für den Bereich der ambulanten Physiotherapie verwendet, da nicht davon auszugehen ist, dass die dort ebenfalls enthaltenen Hebammenpraxen die Interpretation der Daten erheblich einschränken. Die letzte Kostenstrukturstatistik wurde 2012 publiziert und betrifft die Betriebsergebnisse des Jahres 2010.

Betriebsergebnisdaten werden auch teilweise von den Wirtschafts- und Berufsverbänden und von Beratungs- und IT-Dienstleistern erhoben. Sie basieren in der Regel auf Panelumfragen, die, anders als die Stichprobenumfragen, keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität erheben. Vor dem Hintergrund der niedrigen Erhebungsfrequenz und Lückenhaftigkeit der amtlichen Statistik bilden sie jedoch ein wichtiges Datensurrogat und werden deshalb hier, soweit verfügbar, verwendet.

Die Daten zu den Verdiensten der angestellten Therapeuten basieren primär auf der Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Die Statistik beruht auf den Meldungen der Arbeitgeber zur Sozialversicherung, so dass alle sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer erfasst werden. Da die Klassifikation der Berufe einer großen Revision unterzogen wurde, liegen Zeitreihendaten nur bis 2010 und erst wieder ab 2012 vor. Ab 2012 werden die Daten detailliert nach einzelnen Berufen ausgewiesen, was vorher so nicht der Fall war. Daneben werden auch Daten des Statistischen Bundesamtes herangezogen. Die Behörde erfasst alle vier Jahre in einer Stichprobenerhebung detailliert die Verdienste der Arbeitnehmer nach Berufen. Allerdings werden nur Unternehmen erfasst, die mindesten zehn sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer beschäftigen, so dass diese Daten für die Zwecke dieser Untersuchung nur in bestimmtem Kontext verwendet werden können.

Generell gilt, dass wegen der Unterschiede in der Erhebungs- und Auswertungsmethodik sowie aufgrund der Revision der Berufsklassifikation die verschiedenen Zeitreihen und Erhebungen nicht direkt miteinander vergleichbar sind.

6.2 Wirtschaftlichkeit

6.2.1 Umsatz und Betriebsergebnis

In Tabelle 15 sind die zur Analyse der Wirtschaftlichkeit von physiotherapeutischen Praxen vorliegenden Kerndaten für den Zeitraum 2005 bis 2014 dargestellt. Im Zeitablauf sind zwei unterschiedliche Phasen erkennbar. Im Zeitraum 2005 bis etwa 2011/2012 sind die Praxisumsätze zwar durchgängig gewachsen, der Betriebsaufwand hat aber stärker zugenommen als der Umsatz, so dass relativ geringe Gewinnzuwächse entstanden waren. Nach der Erhebung des Statistischen Bundesamts stieg in den Jahren 2006 bis 2010 der Praxisumsatz im Durchschnitt um jährlich 6,2 %, die Kosten wuchsen aber um 8,9 %. Tendenziell ähnlich war es bei den Betrieben des IFK, was sogar zu einem negativen Ergebniswachstum führte. Auch zwischen 2009 und 2012 setzte sich dieses Muster fort, ähnlich auch bei den Betrieben von ETL Advision.

Erst in den Jahren 2011 bis 2014 entwickelten sich die Kosten im Vergleich zum Umsatz günstiger, so dass auch die Ergebnisse stärker stiegen. Ausschlaggebend für diesen Trendwechsel waren aber alleine die Jahre 2013 und 2014. In diesen beiden Jahren stiegen die Durchschnittsgewinne in den beiden Praxispanels, für die Daten vorliegen. Ursächlich waren vor allem starke Umsatzzuwächse. Amtliche Daten und Verbandsdaten sind hierzu bislang noch nicht verfügbar.

Die absoluten Ergebnisgrößen lagen im Niveau bei den meisten Erhebungen relativ nahe beisammen, lediglich der Durchschnitt der Advision-Praxen lag darunter, was auch an einer anderen Panelzusammensetzung liegen kann. Auch die Umsatzrentabilität als Relation von Betriebsergebnis und Umsatz variiert nicht wesentlich zwischen den verschiedenen Erhebungen. Relativ hoch ist diese Quote in der amtlichen Statistik, was auch daran liegen kann, dass dort keine Abschreibungen erfasst werden.

Für ergotherapeutische Praxen liegen weder Verbandsdaten noch amtliche Kostenstrukturdaten vor. Tab. 16 enthält Betriebsdaten von Klienten der Steuerberatungsfirma ETL Advision aus den Jahren 2009–2014. In diesem Zeitraum schwankte der Umsatz der Praxen, insgesamt stieg er aber im Jahresdurchschnitt um 2,7 %. Basis der Umsätze der Ergotherapeuten sind vor allem die Leistungen für gesetzlich versicherte Patienten. Da die Praxiskosten insgesamt weniger stark wuchsen erhöhte sich das Betriebsergebnis um 3,7 % pro Jahr.

Tabelle 15: Synopse verfügbarer Panel- und Stichprobendaten von Betriebsergebnissen physiotherapeutischer Praxen im Zeitraum 2005–2014

	in 1.000 €									Jahresdurchschnittliche Veränderungsraten (%)		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2005/10[1]	2009/12	2011/14
Umsatz												
Statistisches Bundesamt		165			210					6,2		
IFK	200		193	206			224			0,7	2,8	
Datev						233	237	242	263			4,1
ETL Advision				149	158	156	168	192	213		4,1	10,9
Betrieblicher Aufwand												
Statistisches Bundesamt[2]		98			138					8,9		
IFK	133		127	143			158			1,8	3,4	
Datev						167	169	173	185			3,4
ETL Advision				106	112	111	122	141	152		4,8	11,0
Betriebsergebnis vor Steuern[3]												
Statistisches Bundesamt[2]		67			72					1,8		
IFK	67		66	63			66			-1,5	1,6	
Datev						66	68	69	78			5,7
ETL Advision				43	46	45	46	51	61		2,3	10,7
Umsatzrentabilität (%)												
Statistisches Bundesamt[2]		41			34							
IFK	33,5		34	31			29					
Datev						28	29	29	30			
ETL Advision				29	29	29	27	27	29			

[1] Basis sind die jeweils verfügbaren Jahreswerte.
[2] Ohne Abschreibungen.
[3] Ohne neutrales Ergebnis.

Quelle: Statistisches Bundesamt, IFK, Datev, ETL Advision, ifo Institut.

Tabelle 16: Betriebsergebnisse ergotherapeutischer Praxen

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	%[1)]
Kassenabrechnung und Zuzahlungen Kassenpatienten	117,4	121,0	100,3	139,4	136,4	144,8	4,2
Patientenrechnungen, sonstige Erträge	22,7	16,4	26,8	19,2	17,7	15,2	-7,8
Umsatz gesamt	140,1	137,4	127,1	158,6	154,1	160,0	2,7
Praxiskosten	101,5	95,0	86,9	119,3	113,7	113,7	2,3
Betriebsergebnis vor Steuern ohne neutrales Ergebnis	38,6	42,4	40,2	39,3	40,4	46,3	3,7

[1)] Jahresdurchschnittliche Veränderungsrate.

Quelle: ETL Advision, ifo Institut.

Diese positive Entwicklung ist jedoch vor allem dem Jahr 2014 geschuldet. In den Jahren davor waren die Betriebsergebnisse schwankend und haben in der Tendenz eher stagniert.

Um das Niveau der Betriebsergebnisse, die die Therapeuten im Durchschnitt in ihren Praxen erzielen, hinsichtlich seiner Wertigkeit und damit auch seiner Branchenattraktivität abschätzen zu können, müssen Referenzwerte herangezogen werden. Infrage kommen hierfür andere Berufszweige im Gesundheitswesen, die eine vergleichbare Qualifikation aufweisen und ebenfalls in selbständiger Tätigkeit ausgeübt werden können. Dazu bieten sich die Gesundheitsberufe an, die dem Handwerk zugerechnet werden. Auch hier ist für einen Berufsabschluss eine drei- bis dreieineinhalbjährige Ausbildung erforderlich. Wer eine Meisterprüfung absolviert hat kann einen eigenen Betrieb gründen oder einen fremden Betrieb übernehmen. Zwar liegen die durchschnittlichen Umsatzgrößen im Gesundheitshandwerk höher als in den Therapiepraxen. Relevant sind für den Ergebnisvergleich aber allein die Roherträge, die nicht so stark divergieren dürften.

Eine andere Referenzgröße sind die Verdienste angestellter Beschäftigter im Gesundheitswesen, die Geschäftsführungs- oder Leitungsfunktionen ausüben. Ergänzt man deren Bruttoverdienste um die Lohnnebenkosten, können sie als Orientierung für einen kalkulatorischen Unternehmerlohn in den Therapie- und Handwerksberufen dienen.

Tabelle 17 enthält die durchschnittlichen Betriebsergebnisse aus zwei Praxispanels für physiotherapeutische Praxen sowie aus einem Panel für Ergotherapie. Des Weiteren sind Durchschnittseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit in vier Berufen des Gesundheitshandwerks aufgeführt. Am Beispiel der Jahre 2011 bis 2013 zeigt sich ein deutlicher Abstand der therapeutischen Praxen zu den ergebnisstärkeren Betrieben des Gesundheitshandwerks.

Tabelle 17: Einkommen aus selbständiger Tätigkeit in nicht-akademischen Gesundheitsberufen[1)]

	2013	2012	2011
Physiotherapeuten (Datev)	69.000	68.000	66.000
Physiotherapeuten (Advision)	51.000	46.000	45.000
Ergotherapeuten	40.000	39.000	40.000
Augenoptiker	96.000	90.000	90.000
Hörgeräteakustiker	81.000	90.000	94.000
Orthopädietechniker	82.000	81.000	83.000
Zahntechniker	79.000	78.000	87.000
nachrichtlich: ***Bruttojahresverdienst (einschl. Sonderzahlungen) von Arbeitnehmern der Leistungsgruppe 1[2] zzgl. Lohnnebenkosten***	*95.000*	*81.000*	*82.000*

[1)] Basis: Betriebsergebnis vor Steuer ohne neutrales Ergebnis.

[2)] Vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer in leitender Stellung mit Aufsichts- und Dispositionsbefugnis in Einrichtungen des Gesundheitswesens (ohne Krankenhäuser und Arztpraxen), angestellte Geschäftsführer.

Quellen: Datev, ETL Advision, ZVA, VDZI, ifo Institut.

An der Spitze lagen 2013 die Augenoptiker, gefolgt von den drei anderen Gesundheitshandwerken. Mit deutlichem Abstand rangieren die Physiotherapeuten und zuletzt die Ergotherapeuten. Bildet man über die drei Jahre aus den beiden Physiotherapiepanels einerseits und aus den Werten der Gesundheitshandwerke andererseits Mittelwerte, so liegen die Einkommen der selbständigen Physiotherapeuten ca. ein Drittel unter denjenigen der Gesundheitshandwerke. 2013 hat sich der Abstand der Physiotherapeuten mit 29 % etwas verringert, was aber teilweise darauf zurückzuführen ist, dass die Einkommen in zwei Handwerksberufen gesunken sind. Legt man als Messlatte die Einkünfte leitender Angestellter im Gesundheitswesen (ohne Krankenhäuser und Arztpraxen) zugrunde, ergibt sich ein ähnliches Bild.

Bei den ausgewiesenen Betriebsdaten handelt es sich um arithmetische Mittelwerte. Sie geben keine Auskunft über die Streuung der zugrundeliegenden Einzeldaten. Die Praxen der Physiotherapeuten sind jedoch durch eine große Bandbreite bezüglich der erzielten Umsätze geprägt. Tab. 18 liefert dazu Anhaltspunkte. Dabei ist zu beachten, dass in der Erhebung des Statistischen Bundesamtes nur Unternehmen mit einem Um-satz von mehr als 17.500 Euro in die Grundgesamtheit eingehen. In dieser Abgrenzung er-wirtschafteten 2010 rund 27 % der Praxen Umsätze zwischen 17.500 und 100.000 Euro. Nahezu die Hälfte der Betriebe erlösten Umsätze zwischen 100.000 und 250.000 Euro. Das bedeutet, dass rund drei Viertel der Praxen einen Umsatz erzielen, der unter oder maximal 40.000 Euro über dem Durchschnitt liegt.

Tabelle 18: Betriebsergebnisrechnung je physiotherapeutischer Praxis[1] nach Umsatzgrößenklassen 2010

Jahresumsatz (in €)	Anteil der Betriebe	Umsatz	Aufwendungen[2]	Betriebsergebnis[3]
17.500 – 100.000	26,8	68	37	31
100.000 – 250.000	47,9	162	96	66
250.000 – 500.000	19,6	325	209	116
500.000 – 1.000.000	5,1	678	524	154
1.000.000 und mehr	0,6	2.883	2.540	343
Insgesamt	100	210	138	72

[1] Einschließlich Hebammenpraxen.
[2] Ohne Abschreibungen.
[3] Vor Steuern.

Quelle: Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

Noch deutlicher ist die Verteilung der Praxen hin zu den niedrigeren Umsatzklassen bei den Betriebsergebnissen. Knapp 75 % der Praxen erzielten ein Betriebsergebnis, das mindestens 6.000 Euro unter dem Durchschnitt aller Praxen lag. Somit erzielte nur etwa ein Viertel der Praxen ein Betriebsergebnis, das in der Nähe des Durchschnitts oder darüber lag.

Dass der Großteil der Praxen unterdurchschnittliche Umsätze erzielt, zeigt auch die Kundenstruktur eines großen Abrechnungshauses für Physio- und Ergotherapeuten. Danach erzielten knapp die Hälfte der physiotherapeutischen Praxen einen Umsatz von maximal 90.000 Euro (Tab. 19). 13 % waren Kleinpraxen mit einem Umsatz bis 30.000 Euro, wovon etwa die Hälfte Umsätze unter 17.500 Euro erwirtschaftete. In der Ergotherapie ist der Anteil kleinerer Praxen noch höher. Hier kamen über 60 % der Betriebe auf einen Umsatz von maximal 90.000 Euro. Knapp jede fünfte Praxis erreichte einen Umsatz von maximal 30.000 Euro, davon etwa die Hälfte nur maximal 17.500 Euro.

Tabelle 19: Umsatzgrößenverteilung von physio- und ergotherapeutischen Betrieben in Deutschland im Jahr 2014

Jahresumsatz (in €)	Anteil der Betriebe (in %)	
	Physiotherapie	Ergotherapie
bis 30.000	12,8	19,7
30.000 – 60.000	19,0	22,0
60.000 – 90.000	17,3	19,8
90.000 – 240.000	42,9	32,5
240.000 – 480.000	7,4	5,7
480.000 und mehr	0,6	0,3
Insgesamt	100	100

Quelle: azh-zrk, ifo Institut.

6.2.2 Personalaufwand

Neben der Umsatzhöhe ist der Personalaufwand der entscheidende Faktor für die Wirtschaftlichkeit einer Praxis, denn etwa zwei Drittel der Praxiskosten entfallen in der Physiotherapie auf Personalkosten (Tab. 20). Dies hat für den wirtschaftlichen Erfolg einer Praxis verschiedene Konsequenzen. Zum einen wird an der relativ hohen Personalkostenquote deutlich, dass physiotherapeutische Leistungen persönliche Dienstleistungen sind. Daraus folgt, dass Umsatzsteigerungen bei konstanten Preisen zwangsläufig mit einer Erhöhung der Arbeitsstunden oder der Mitarbeiterzahl verbunden sind. Zum anderen entsteht dadurch eine hohe Sensitivität des Betriebsergebnisses bezüglich der Personalkosten.

Diese starke Abhängigkeit des Betriebsergebnisses von der Höhe und der Entwicklung der Personalkosten kann am Beispiel der durchschnittlichen Umsatz- und Kostenstruktur des IFK-Panels aus dem Jahr 2012 aufgezeigt werden, wie sie in Tabelle 20 dargestellt ist. Die durchschnittliche Praxis erzielte einen Jahresumsatz von knapp 224.000 Euro und beschäftigt rechnerisch 3,38 Angestellte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von jeweils 38,5 Stunden. Die Vollzeit-Mitarbeiter erhielten ein monatliches Bruttogehalt von 2.213 Euro. Daraus resultieren Personalkosten von knapp 105.000 Euro und eine Personalkostenquote von etwa 47 %, bezogen auf den Umsatz, und 66 %, bezogen auf die Gesamtkosten der Praxis. Das Betriebsergebnis betrug 66.000 Euro.

Tabelle 20: Sensitivitätsrechnung zum Zusammenhang von Gehaltserhöhung und Betriebsergebnis in einer durchschnittlichen physiotherapeutischen Praxis

	Jahresüberschussrechnung			
	ohne Gehaltserhöhung	mit Gehaltserhöhung um		
	In €	100 €	200 €	300 €
Praxisumsatz	223.676	223.676	223.676	223.676
Praxiskosten	157.681	162.414	167.148	171.881
Sonstige Kosten	52.932	52.932	52.932	52.932
Personalkosten	104.730	109.482	114.216	118.949
Zahl der Angestellten in VZÄ	3,38	3,38	3,38	3,38
Monatlicher Personalaufwand je Angestellter	2.582	2.699	2.816	2.933
Bruttomonatsgehalt je Vollzeit-Angestellter	2.213	**2.313**	**2.413**	**2.513**
Brutto-Gehaltserhöhung in %		**4,5**	**9,0**	**13,6**
Betriebsergebnis	65.995	**61.262**	**56.528**	**51.795**
Veränderung des Betriebsergebnisses		**-7,2**	**-14,3**	**-21,5**
Veränderung des Betriebsergebnisses		-4.733	-9.467	-14.200
Umsatzrentabilität in %	29,5	27,4	25,3	23,2

Quelle: ifo Institut, auf der Basis von Daten aus der IFK-Wirtschaftlichkeitsumfrage 2012.

Da etwa die Hälfte des Umsatzes zur Erwirtschaftung der Personalkosten benötigt wird, ist davon auszugehen, dass sich Gehaltssteigerungen deutlich auf das Betriebsergebnis auswirken. Unter Umständen kann aus Inhabersicht eine Konkurrenzbeziehung zwischen Betriebsergebnis und Personalkosten entstehen, denn der – in der Regel mitarbeitende – Praxisinhaber erhält aus dem Betriebsergebnis seinen Unternehmerlohn und muss daraus seine Altersvorsorge und persönlichen Versicherungsleistungen bestreiten. Außerdem sind aus dem Jahresüberschuss die Einkommensteuer zu bezahlen und die Investitionen der Praxis zu finanzieren.

Tabelle 20 simuliert die Sensitivität des Betriebsergebnisses im Hinblick auf Veränderungen der Personalkosten. Möchte der Inhaber der Durchschnittspraxis das Bruttogehalt seiner Mitarbeiter um jeweils 100 Euro aufbessern, entspricht das einer Gehaltssteigerung um 4,5 %. Zusammen mit dem Anstieg der Lohnnebenkosten führt dies zu einer Minderung des Betriebsergebnissen von 7,2 % oder 4.733 Euro. Eine Gehaltserhöhung von 200 Euro führt zu einer Abnahme der Gewinns von 9.467 Euro, 300 Euro mehr Gehalt bedeuten 14.200 Euro weniger Gewinn. Dabei wird unterstellt, dass der Umsatz konstant bleibt. Denn die Zahl der Arbeitsstunden erhöht sich nicht, und auch die Leistungspreise

bleiben annahmegemäß konstant. Die Simulation zeigt, dass in der Durchschnittspraxis prozentual das Betriebsergebnis stärker abnimmt als das Gehalt je Angestellter zunimmt. In kleineren Praxen ist die prozentuale Auswirkung auf den Betriebsgewinn nicht so stark, da weniger Mitarbeiter beschäftigt werden. Jedoch fällt dann der Jahresüberschuss auch generell niedriger aus. Bezüglich der generellen Befunde dürfte diese Analyse auch für ergotherapeutische Praxen gelten.

6.2.3 Verdienste

Nach den amtlichen Zahlen sind in Deutschland die Gehälter der ambulant tätigen Physiotherapeuten im Durchschnitt niedriger als in den Panelbetrieben des IFK. Der Unterschied dürfte hauptsächlich auf Abweichungen bezüglich der Betriebsgröße und der regionalen Verteilung zurückzuführen sein. Tab. 21a zeigt zunächst die Entwicklung der Vollzeit-Bruttogehälter in den therapeutischen Berufen in den Jahren 2002–2010. Man sieht, dass die Verdienste angestellter Therapeuten in diesem Zeitraum nur relativ gering gestiegen sind. Zwischen 2002 und 2006 sind die Gehälter sogar leicht gesunken. Diese Tendenzen galten gleichermaßen für West- und Ostdeutschland. Im Jahr 2010 betrug das durchschnittliche Monatsgehalt der Therapeuten 1.639 Euro. In Westdeutschland wurden 1.778 Euro und in Ostdeutschland 1.340 Euro gezahlt.

In der Verdienststatistik des Statistischen Bundesamts mit Betrieben mit zehn und mehr Vollzeitbeschäftigten lag das durchschnittliche Gehaltsniveau deutlich höher, und zwar bei monatlich ca. 2.000 Euro insgesamt und ca. 2.100 Euro in West- bzw. etwa 1.600 Euro in Ostdeutschland. Anders als bei den Werten der Bundesagentur sind hier die Zahlen leicht rückläufig. Zur Einschätzung des Gehaltsniveaus der in Praxen beschäftigten Therapeuten sind in Tab. 21a auch die Gehälter der Berufsgruppe in Krankenhäusern sowie in Tab. 21b einige andere medizinischen Gesundheitsberufe aufgeführt. Danach sind die Verdienste in den Krankenhäusern deutlich höher als in den Praxen. Dies liegt vor allem daran, dass in den Krankenhäusern häufig Tarifverträge existieren. Entweder sind dies der Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes, Tarifvereinbarungen von kirchlichen Trägern oder Haustarifverträge privater Träger. In der Regel liegen die Tariflöhne über den frei vereinbarten Gehältern. Ein weiterer Grund für die höheren Vergütungen dürfte darin liegen, dass in Krankenhäusern und Rehakliniken mehr Leitungsfunktionen existieren, die in der Regel höher dotiert sind.

Auch bezüglich der anderen medizinischen Gesundheitsberufe liegen die Praxistherapeuten am unteren Ende der Gehaltsskala. An der Spitze rangieren die Pflege- und die Laborberufe, gefolgt von den pharmazeutisch-technischen Assistenten. Am nächsten kommen die Therapeuten mit ihrem Durchschnittsgehalt von 2.029 Euro im Jahr 2010 den Sprechstundenhelferinnen, die ein Durchschnittsgehalt von 2.104 Euro erzielten.

Tabelle 21a: Bruttomonatsentgelte in nicht-akademischen therapeutischen Berufen (Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe)[1] in Deutschland 2002–2010

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1. Entgelte in allen Unternehmen[2], [3]	1.627	1.634	1.617	1.594	1.581	1.585	1.600	1.617	1.639
Westdeutschland	1.758	1.772	1.753	1.734	1.725	1.728	1.736	1.757	1.778
Ostdeutschland	1.291	1.307	1.291	1.290	1.283	1.292	1.298	1.319	1.340
2. Entgelte in Unternehmen mit 10 und mehr Beschäftigten[2],[4]					2.057				2.029
Alte Bundesländer (mit Berlin)					2.142				2.107
Neue Bundesländer					1.705				1.585
Entgelte in Kranken-					2.470				2.582
Alte Bundesländer (mit Berlin)					2.539				2.658
Neue Bundesländer					2.119				2.251

[1] Sozialversicherungspflichtige Vollzeitbeschäftigte, einschließlich Ergotherapeuten, Logopäden und anderer therapeutischer Heilberufe.
[2] Einrichtungen im Gesundheitswesen ohne Arztpraxen und Krankenhäuser.
[3] Vollerhebung der Bundesagentur für Arbeit, Medianwerte.
[4] Stichprobenerhebung des Statistischen Bundesamts.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistisches Bundesamt, Ifo Institut.

Als weitere Referenzgröße zur Beurteilung des Niveaus der Therapeutengehälter ist das Durchschnittsverdienst der Leistungsgruppe 3 anzusehen, das in den Gesundheitseinrichtungen gezahlt wird, die nicht Arztpraxen oder Krankenhäuser sind. Die Tätigkeit der Physio- und Ergotherapeuten entspricht am ehesten der Leistungsdefinition der Gruppe 3 der Verdienststatistik. Das Gehalt in dieser Gruppe betrug 2010 2.510 Euro. Er ist zu vergleichen mit dem Durchschnittsgehalt von 2.029, den ambulant tätige Therapeuten in vergleichbaren Arbeitsstätten mit 10 und mehr Beschäftigten verdienen. Auch hier wird deutlich, dass der Verdienst angestellter, ambulant tätiger Therapeuten deutlich unter dem Durchschnittsverdienst der Arbeitnehmer der genannten Gesundheitseinrichtungen für Tätigkeiten mit vergleichbaren Qualifikations- und Schwierigkeitsgraden lag.

Seit 2012 liegt die Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit in einer detaillierteren Berufsklassifizierung vor, die zu homogeneren Berufsabgrenzungen geführt hat. Bislang liegen Ergebnisse für die Jahre 2012 und 2013 vor. Im Jahr 2013 lag das durchschnittliche Vollzeit-Bruttogehalt in den physiotherapeutischen Berufen (einschließlich Masseure/Masseurinnen) in Praxen bei 1.856 Euro (Tab. 22a). Die Ergotherapeuten lagen insgesamt gleich auf, in Ostdeutschland waren die Ergotherapeutenentgelte etwas höher.

Tabelle 22b: Bruttomonatsentgelte in Unternehmen mit 10 und mehr Beschäftigten in ausgewählten medizinischen Gesundheitsberufen in Deutschland 2002–2010[1)]

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen					2.722				2.882
Alte Bundesländer (mit Berlin)					2.784				2.935
Neue Bundesländer					2.420				2.648
Helfer/innen in der Krankenpflege					2.238				2.376
Alte Bundesländer (mit Berlin)					2.284				2.434
Neue Bundesländer					1.991				2.108
Diätassistentinnen, Pharmazeutisch-technische Assistenten					2.306				2.348
Alte Bundesländer (mit Berlin)					2.330				2.381
Neue Bundesländer					n.v.				2.162
Sprechstundenhelfer/innen					2.010				2.104
Alte Bundesländer (mit Berlin)					2.024				2.116
Neue Bundesländer					1.871				1.986
Medizinallaboranten					2.818				2.876
Alte Bundesländer (mit Berlin)					2.888				2.929
Neue Bundesländer					2.421				2.617
nachrichtlich: Verdienste vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer in der Leistungsgruppe 3 [2] im Gesundheitswesen a.n.g.[3]								*2.476*	*2.510*
Alte Bundesländer (mit Berlin)								*2.634*	*2.687*
Neue Bundesländer								*1.944*	*1.961*

[1)] Vollzeitbeschäftigte; Stichprobenerhebung des Statistischen Bundesamts.
[2)] Leistungsgruppe 3: Fachkräfte, Arbeitnehmer mit schwierigen Fachtätigkeiten, für deren Ausübung in der Regel eine abgeschlossene Berufsausbildung, zum Teil verbunden mit Berufserfahrung, erforderlich ist.
[3)] Ohne Arztpraxen und Krankenhäuser.

Quelle: Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

Tabelle 23a: Bruttomonatsentgelte von Physio- und Ergotherapeuten in Deutschland 2012 und 2013[1)]

	2012			2013		
	Insgesamt	**Männer**	**Frauen**	**Insgesamt**	**Männer**	**Frauen**
Physiotherapeuten[2)] in Praxen	**1.809**	**1.965**	**1.750**	**1.856**	**2.008**	**1.796**
Westdeutschland	1.918	2.039	1.871	1.962	2.083	1.917
Ostdeutschland (mit Berlin)	1.448	1.536	1.428	1.501	1.589	1.481
Physiotherapeuten[2)] in Krankenhäusern	**2.727**	**2.873**	**2.647**	**2.800**	**2.873**	**2.647**
Westdeutschland	2.795	2.939	2.699	2.870	3.013	2.773
Ostdeutschland (mit Berlin)	2.391	2.267	2.434	2.465	2.371	2.496
Ergotherapeuten in Praxen	**1.803**	**n.v.**	**1.782**	**1.854**	**n.v.**	**1.834**
Westdeutschland	1.920	n.v.	1.899	1.968	n.v.	1.948
Ostdeutschland (mit Berlin)	1.493	n.v.	1.486	1.540	n.v.	1.531
Ergotherapeuten in Krankenhäusern	**2.677**	**3.039**	**2.562**	**2.746**	**3.140**	**2.860**
Westdeutschland	2.801	3.204	2.671	2.860	3.306	2.733
Ostdeutschland (mit Berlin)	2.294	n.v.	2.200	2.370	n.v.	2.287

[1)] Sozialversicherungspflichtige Vollzeitbeschäftigte, Medianwerte.
[2)] Einschließlich Masseure.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, ifo Institut.

Bemerkenswert ist der große Unterschied zwischen den Krankenhausgehältern und den Gehältern, die in Praxen und anderen Einrichtungen (außer Arztpraxen) gezahlt werden. Letztere liegen etwa ein Drittel unter den Bezügen im Krankenhaussektor, wobei der Unterschied in Westdeutschland nicht ganz so hoch ist wie in Ostdeutschland.

Maßgeblich für die Beschäftigten in vielen öffentlichen und gemeinnützigen Krankenhäusern ist der „Tarifvertrag Öffentlicher Dienst – TVöD (Krankenhäuser)“. Nach Auskunft von Branchenvertretern werden Physiotherapeuten, für die dieser Tarifvertrag gilt, nach der Entgeltgruppe 8 bezahlt. Die Übersicht enthält die Bruttomonatsentgelte dieser Entgeltgruppe.

Der Abstand zu den meisten anderen Gesundheitsberufen ist weiterhin vorhanden (Tab. 22b). Ebenso liegen die Gehälter, die in den Gesundheitshandwerken gezahlt werden, deutlich über den ambulanten Therapeutenentgelten. Lediglich die Verdienste der zahnmedizinischen Fachangestellten liegen unter denjenigen der physiotherapeutischen Berufe.

Übersicht: Monatsentgelt der Entgeltgruppe 8 des Tarifvertrags „Krankenhäuser“ im öffentlichen Dienst (1. März 2014 bis 28. Februar 2015)

Grundentgelt	**Stufe 1**	**2.370,34**
	Stufe 2 (nach 1 Jahr)	2.617,29
Entwicklungsstufen	Stufe 3 (nach 3 Jahren)	2.732,71
	Stufe 4 (nach 6 Jahren)	2.836,57
	Stufe 5 (nach 10 Jahren)	2.947,82
	Stufe 6 (nach 15 Jahren)	3.022,71

Quelle: Tarifvertrag Öffentlicher Dienst – TvöD-K (Krankenhäuser).

Auffällig ist auch die unterschiedliche Bezahlung männlicher und weiblicher Vollzeit-Therapeuten. So wurden Frauen 2013 in Westdeutschland im ambulanten Sektor im Schnitt um 8 % niedriger bezahlt als ihre männlichen Kollegen. In Ostdeutschland ist der Abstand etwas geringer. Selbst für Krankenhäuser, wo häufig nach (öffentlichem Dienst-) Tarif bezahlt wird, weisen die Daten fast den gleichen Lohnabstand aus. Eine Ausnahme sind die Entgelte der Physiotherapeuten in den ostdeutschen Krankenhäusern. Sie liegen im medianen Mittelwert über denen der männlichen Kollegen (+ 5,3 %). Generell wäre die Situation in Westdeutschland erklärlich, wenn die vorhandenen Leitungsfunktionen im stationären Sektor primär von Männern wahrgenommen würden. Unterschiede in der geschlechterspezifischen Bezahlung gleicher Tätigkeiten werden in Deutschland seit langem thematisiert. Offensichtlich machen auch die Gesundheitsberufe hierbei keine Ausnahme. In den nicht-medizinischen Gesundheitsberufen, z.B. im Zahntechniker-Handwerk ist der Gehaltsunterschied sogar noch wesentlich höher. Eine weitere Ausnahme bilden – ebenfalls in ostdeutschen Krankenhäusern – die Pflegekräfte, deren Gehalt ebenfalls im Durchschnitt über denen der männlichen Kollegen liegt.

Es stellt sich die Frage nach den Gründen für die generell niedrigere Bezahlung der ambulanten Therapeuten im Vergleich zu den meisten anderen Gesundheitsberufen. Prinzipiell hängt auf Arbeitsmärkten der Preis, d.h. der Lohn für Arbeit, von dem Marktangebot und der Marktnachfrage ab (Abb. 6). Das bis 2011 starke Wachstum der Zahl der Therapeuten dürfte mit dazu beigetragen haben, dass die Löhne sich nur gering erhöht haben. Zwar haben sich insgesamt die Zahl der Behandlungen und damit die Arbeitskräftenachfrage ebenfalls erhöht. Jedoch nicht in dem Maße, wie sich das Arbeitskräfteangebot erhöht hat. Das gilt für die Durchschnittsbetrachtung in Gesamtdeutschland. In den Ballungsräumen dürfte die Situation anders sein, da dort sowohl die Nachfrage als auch die Lebenshaltungskosten höher sind. Dass sich von 2012 auf 2013 die Verdienste erhöht haben, könnte auf gewachsene Engpässe bei der Rekrutierung von Therapeuten hindeuten.

Tabelle 24b: Bruttomonatsentgelte in ausgewählten Gesundheitsberufen in Deutschland 2012 und 2013[1)]

	2012			2013		
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
Sprachtherapeuten	**1.946**	**n.v.**	**1.943**	**1.977**	**n.v.**	**1.974**
Westdeutschland	2.015	n.v.	2.012	2.041	n.v.	2.038
Ostdeutschland (mit Berlin)	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Medizinische Fachangestellte	**1.872**	**2.183**	**1.870**	**1.951**	**2.254**	**1.949**
Westdeutschland	1.931	2.477	1.928	2.014	2.549	2.011
Ostdeutschland (mit Berlin)	1.600	n.v.	1.599	1.666	n.v.	1.665
Zahnmedizinische Fachangestellte	**1.683**	**n.v.**	**1.682**	**1.733**	**n.v.**	**1.732**
Westdeutschland	1.738	n.v.	1.737	1.785	n.v.	1.783
Ostdeutschland (mit Berlin)	1.446	n.v.	1.446	1.499	n.v.	1.499
Gesundheits- und Krankenpflege	**2.892**	**3.089**	**2.848**	**2.963**	**3.163**	**2.919**
Westdeutschland	2.975	3.201	2.917	3.054	3.282	2.994
Ostdeutschland (mit Berlin)	2.581	2.539	2.591	2.636	2.604	2.643
Fachkrankenpflege	**3.256**	**3.537**	**3.138**	**3.356**	**3.643**	**3.233**
Westdeutschland	3.414	3.625	3.294	3.519	3.730	3.394
Ostdeutschland (mit Berlin)	2.909	2.937	2.905	2.995	3.054	2.982
Berufe in der Heilkunde und Homöopathie	**2.096**	**n.v.**	**n.v.**	**2.095**	**n.v.**	**n.v.**
Westdeutschland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Ostdeutschland (mit Berlin)	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Pharmazeutisch-technische Assistenz	**2.166**	**2.426**	**2.159**	**2.235**	**2.454**	**2.229**
Westdeutschland	2.189	2.601	2.180	2.257	2.616	2.248
Ostdeutschland (mit Berlin)	2.069	n.v.	2.069	2.148	n.v.	2.146
Altenpflege	**2.212**	**2.347**	**2.174**	**2.263**	**2.399**	**2.227**
Westdeutschland	2.347	2.467	2.313	2.397	2.519	2.363
Ostdeutschland (mit Berlin)	1.725	1.808	1.707	1.783	1.871	1.764
Orthopädie- und Rehatechnik	**2.292**	**2.381**	**2.008**	**2.333**	**2.418**	**2.033**
Westdeutschland	2.419	2.510	2.137	2.450	2.545	2.162
Ostdeutschland (mit Berlin)	1.844	1.895	n.v.	1.886	1.943	n.v.
Augenoptik	**2.142**	**2.530**	**2.014**	**2.174**	**2.560**	**2.045**
Westdeutschland	2.178	2.574	2.038	2.211	2.605	2.069
Ostdeutschland (mit Berlin)	1.936	n.v.	1.860	1.961	n.v.	1.888
Zahntechnik	**2.208**	**2.605**	**1.907**	**2.262**	**2.667**	**1.948**
Westdeutschland	2.368	2.709	2.033	2.427	2.765	2.076
Ostdeutschland (mit Berlin)	1.725	1.927	1.654	1.771	1.974	1.689
nachrichtlich:						
Verdienste vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer in der Leistungsgruppe 3[2)] im Gesundheitswesen a.n.g.[3),4)]	2.548	2.707	2.416	2.592	2.785	2.429
Alte Bundesländer (mit Berlin)	2.700	2.850	2.569	2.742	2.959	2.570
Neue Bundesländer	2.028	2.144	1.950	2.174	2.354	1.996

[1)] Sozialversicherungspflichtige Vollzeitbeschäftigte, Medianwerte.

[2)] Fachkräfte, Arbeitnehmer mit schwierigen Fachtätigkeiten, für deren Ausübung in der Regel eine abgeschlossene Berufsausbildung, zum Teil verbunden mit Berufserfahrung, erforderlich ist.

[3)] Ohne Arztpraxen und Krankenhäuser.

[4)] Stichprobenerhebung des Statistischen Bundesamts, arithmetische Mittelwerte.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistisches Bundesamt, ifo Institut.

Abbildung 6: Wechselbeziehungen zwischen Betriebsergebnis, Leistungs- und Arbeitsmarkt im Heilmittelsektor

Quelle: ifo Institut.

Ein weiterer Faktor ist die Branchenstruktur. Wenn sehr viele Unternehmen nur relativ geringe Umsätze erwirtschaften ist der Spielraum für Kostenerhöhungen in diesen Unternehmen begrenzt. Das gilt vor allem dann, wenn die Rentabilität gerade ausreicht, um den Unternehmerlohn zuzüglich der Investitionsausgaben zu erwirtschaften.

7 Fazit

Es konnte gezeigt werden, dass sowohl in den physiotherapeutischen als auch in den ergotherapeutischen Praxen im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen und -gewerben niedrigere Betriebsergebnisse erzielt werden. Die Betriebsergebnisse sind dabei nicht nur im Verhältnis zu anderen Gesundheitszweigen niedriger, sondern auch dann, wenn man als kalkulatorischen Unternehmerlohn die Verdienste angestellter Führungskräfte in vergleichbaren Gesundheitseinrichtungen zugrunde legt. Das liegt auch an der typischen niedrigen Betriebsgröße in dieser Branche. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Produktionsweise der Praxen. Die betriebliche Leistung ist eng mit dem operativen Stundeneinsatz des Inhabers und der angestellten Therapeuten verknüpft. Eine Umsatzausweitung durch Kapitaleinsatz ist kaum möglich. Hinzu kommt die für die Branche typisch niedrige Kleinteiligkeit. Ein Großteil der Betriebe besteht aus dem Inhaber und nur wenigen zusätzlichen Mitarbeitern. Möglicherweise lässt sich die – auch gesundheitspolitisch gewünschte - flächendeckende Versorgung im ländlichen Bereich nur so realisieren. Die immer noch wachsende Zahl der Praxen deutet zwar darauf hin, dass bislang die Ertragslage der meisten Praxen sowohl betriebswirtschaftlich als auch aus Sicht der Praxisinhaber noch tragbar ist. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass vermutlich nicht wenige (kleine) Praxen aufgrund als ungenügend empfundener alternativer Verdienstmöglichkeiten gegründet und betrieben werden. Die betreffenden Praxisinhaber dürften sich auch mit per se nicht mehr auskömmlichen Betriebserträgen begnügen.

Niedrige Betriebsergebnisse haben langfristig insbesondere zwei Auswirkungen. Sie führen tendenziell zu einem höheren Anteil von Grenzbetrieben, die aus dem Markt ausscheiden könnten. Das ist normalerweise ökonomisch sinnvoll, da sich dadurch die leistungsstärkeren Unternehmen durchsetzen und es zu einer Erhöhung des Konsumentennutzens kommt. Auf Gesundheitsmärkten ist das prinzipiell nicht anders. Jedoch besteht auf Gesundheitsmärkten die Restriktion der räumlichen Ubiquität. Die Patienten wollen und sollen einen Leistungserbringer möglichst in ihrer Nähe erreichen. Scheiden zu viele Unternehmen aus dem Markt aus, ist die Versorgung, z.B. im ländlichen Raum, gefährdet, sofern die verbleibenden Betriebe die räumliche Versorgung nicht in gleicher Menge und Qualität übernehmen.

Der zweite Effekt relativ niedriger Betriebsergebnisse ist die hohe Sensitivität gegenüber Kostenerhöhungen. Wie oben gezeigt wurde, führen bereits mäßige Gehaltserhöhungen zu einer spürbaren Minderung des Betriebsergebnisses. Die Folge ist gewissermaßen eine Lohnzurückhaltung, die darin besteht, dass – je nach Situation auf den regionalen Arbeitsmärkten – Lohnerhöhungen tendenziell unterbleiben oder nur marginal gewährt werden.

In einer solchen Situation gibt es betriebswirtschaftlich zwei Möglichkeiten, die genannten Effekte zu begrenzen (Abb. 6). Die eine ist betriebliches Wachstum. Der Unternehmer kann versuchen, seinen Umsatz so auszuweiten, dass dauerhaft ein hinreichender Gewinn erzielt wird. Dadurch wird ebenfalls eine bessere Entlohnung der Mitarbeiter ermöglicht. Dies wäre auch versorgungspolitisch zielführend, wenn das Wachstum der Betriebe im Einklang mit dem Marktwachstum steht. Ist das nicht der Fall und wächst der Markt langsamer als die Unternehmen ihren Umsatz zu erhöhen gedenken, kommt es dennoch zu veränderten Marktstrukturen, weil die wachsenden Betriebe andere Betriebe tendenziell verdrängen. Dies kann sich versorgungspolitisch nachteilig auswirken, wenn dadurch die räumliche Versorgung der Bevölkerung eingeschränkt wird. Hinzu kommt, dass in kleinen Gemeinden, vor allem im ländlichen Raum, das Potential für ein Praxiswachstum aufgrund des begrenzten Bevölkerungspotentials in der Regel nicht gegeben ist.

Die zweite Möglichkeit ist eine Erhöhung der Leistungspreise. Den Betrieben ist dieser Weg jedoch weitgehend verbaut, weil im Gesundheitswesen und somit auch im Heilmittelbereich die Leistungspreise im Bereich der GKV stark reguliert sind, so dass die einzelne Praxis keinen Einfluss auf die Preise hat, die mit der GKV abgerechnet werden. Allenfalls können die Preise für nicht-verordnete Behandlungen mit gesetzlich versicherten Patienten frei vereinbart werden. Die GKV-Preise werden korporativ durch Vertreter der Kassen und der Heilmittelverbände ausgehandelt. Dabei besteht die Restriktion der sogenannten Lohnsummenbindung. Das bedeutet, dass die Leistungspreise in der Regel maximal im Umfang der Erhöhungsrate der GKV-Beitragseinnahmen steigen können.

Tabelle 23 zeigt diese Erhöhungsraten für die Jahre 2005–2015. Zwischen 2005 und 2011 waren die Preiserhöhungsspielräume eher niedrig, entsprechend der allgemeinen Lohnentwicklung in Deutschland. Demgemäß höher waren die Veränderungsraten ab 2012. In der GKV finden Preisveränderungen im Heilmittelsektor somit nicht im Rahmen des intrasektoralen Wettbewerbs oder aufgrund sektoraler Kostenentwicklungen statt, sondern hängen letztlich primär von der Lohnentwicklung in der Gesamtwirtschaft ab.

Außerdem konnte es den Heilmittelverbänden in ihren Vertragsverhandlungen mit den Kassen nicht immer gelingen, den jeweils bestehenden Preiserhöhungsspielraum vollständig auszuschöpfen. Denn, wie ausgeführt, besteht kein Rechtsanspruch auf einen Abschluss in Höhe der Grundlohnsummensteigerungsrate. Hinzu kommt, dass die gesetzlichen Krankenkassen in der Regel in einer ökonomisch stärkeren Position sind und zudem, entgegen den Erfordernissen der Heilmittelerbringer, Verhandlungen zeitlich verzögern können. Der Grund für die unterschiedlichen Verhandlungsergebnisse über die Jahre hinweg dürfte nicht unmaßgeblich mit der jeweiligen finanziellen Situation der Kassen in Zusammenhang stehen, zumal auch die Mengenentwicklung und damit verbunden die Steigerungsraten der Ausgaben im jeweiligen Heilmittelbereich eine nicht unwesentliche Rolle spielt. So gab es in der Physiotherapie und öfters noch in der Ergotherapie Jahre, in

der es zu keiner Erhöhung der Vertragspreise kam. Erst ab etwa 2013 entsprachen die Abschlüsse in der Physiotherapie weitestgehend den Grundlohnsummenerhöhungen. In der Ergotherapie lagen kumuliert die Abschlüsse noch bis 2015 unter der Grundlohnsummenentwicklung. Die Folge ist, dass in den vergangenen zehn Jahren die Entwicklung der Leistungspreise insgesamt hinter der Entwicklung der Kasseneinnahmen zurückblieb. Lediglich die Ersatzkassenpreise für Physiotherapie in den neuen Bundesländern stiegen stärker als die Beitragseinnahmen; dadurch wurde eine gewisse Anpassung der generell niedrigeren Heilmittelpreise im Vergleich zu den alten Bundesländern erreicht. Die Heilmittelverbände können zwar bei unbefriedigenden Verhandlungsergebnissen in Schiedsverfahren gemäß § 125 Abs. 2 Satz 4 SGB V übergehen. Diese haben sich aber aus Sicht der Heilmittelverbände auch deshalb als nicht zielführend erwiesen, weil gesetzliche Regelungen fehlen, die einen zügigen Abschluss der Schiedsverfahren sicherstellen.

Resümierend kann man feststellen, dass auf dem GKV-Heilmittelmarkt die Leistungserbringer sich einer spezifischen Einschränkung ihrer unternehmerischen Tätigkeit gegenübersehen. Bei den Leistungsmengen besteht eine Abhängigkeit von den zwischen Ärztevertretern und Kassen ausgehandelten regionalen Ausgabevolumen sowie von den Ärzten vor Ort und deren Verordnungsverhalten.

Tabelle 25: Veränderungsraten der GKV-Einnahmen nach § 71, 3 SGB V und von Leistungspreisen für therapeutische Praxen in der GKV 2005 – 2015 (%)

	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	05/15 kumuliert
GKV-Einnahmen												
Bund	0,38	0,97	0,79	0,64	1,41	1,54	1,15	1,98	2,03	2,81	2,53	16,23
Alte Bundesländer	0,56	0,83	0,47	0,65								
Neue Bundesländer	0,60	1,41	2,23	0,51								
Vertragspreise Physiotherapie												
Primärkassen												
Rheinland	0,50	0,62	0,38	0,40	2,10	1,20	0,51	1,70	2,07	2,80	2,52	14,80
Westfalen-Lippe	0,24	0,61	0,38	0,64	1,64	2,01	1,15	1,85	2,03	2,81	2,53	15,89
Ersatzkassen (vdek)[1)]												
Alte Bundesländer	0,00	1,14	0,00	0,50	1,34	0,00	0,63	1,73	1,90	3,00	2,53	12,77
Neue Bundesländer	0,00	0,92	0,00	0,50	0,00	0,00	0,74	9,14	2,32	5,48	2,56	21,66
Vertragspreise Ergotherapie												
Primärkassen												
Nordrhein-Westf.	0,38	0,00	0,28	0,88	1,41	1,06	0,00	1,61	1,68	2,50	1,99	11,79
Ersatzkassen (vdek)												
Alte Bundesländer	0,00	0,00	0,00	1,30	0,00	0,00	0,00	3,70	0,00	3,21	2,53	10,74
Neue Bundesländer	0,00	0,00	0,00	1,28	0,00	0,00	0,00	1,01	3,79	3,20	2,53	11,81

[1)] Abrechnungsposition 20501 "Allgemeine Krankengymnastik".

Quelle: BMG, IFK, ZVK, DVE, ifo Institut.

Letzteres gilt zwar auch für Privatpatienten, war aber bislang wegen der Richtgrößenproblematik besonders auf dem GKV-Markt virulent. Und hinsichtlich der Preisgestaltung sind die Betriebe – unabhängig von der betrieblichen Kostenentwicklung – weitgehend an das bestehende, sozialrechtlich bestimmte Preisregulierungsregime gebunden.

Literaturverzeichnis

Dielmann, Gerd (2013): Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem. Robert Bosch Stiftung, S. 149-176.

European Commission (2012): Commission Staff Working Document on an Action Plan fort the EU Health Workforce. SWD(2012) 93 final.

Finkenstädt, Verena (2014): Die Heilmittelversorgung der PKV- und GKV-Versicherten im Vergleich. WIP-Diskussionspapier Nr. 2-2014.

George, Sabine, Sauer, Kristin, Tholen, Kathrin (2012): Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen. BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport, S. 61-83.

Grosch, Martina (2015): Der Faktencheck: Therapieberufe im Vergleich. pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten, H. 2, S. 15-18.

Hentrich, Karoline (2011): Einflussfaktoren auf die Berufswahlentscheidung Jugendlicher an der ersten Schwelle. D. Frommberger (Hrsg.). Magdeburger Schriften zur Berufs- und Wirtschaftspädagogik, H. 1.

Igl, Gerhard (2013): Gesundheitsberufe neu regeln. Robert Bosch Stiftung, S. 236-431.

Institut der deutschen Wirtschaft (2015): Fachkräfteengpässe in Unternehmen: Geschlechterunterschiede in Engpassberufen. Studie 2.

Robert Bosch Stiftung (2013), Hrsg.: Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Stuttgart.

Schönfelder, Lisa, Spiegel, Marco: Akademisiert – und was dann? pt_Zeitschrift für Physiotherapie, H. 11, S. 111-113

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen. Drucksache 2411.

Zöller, Maria (2014): Gesundheitsfachberufe im Überblick. Wissenschaftliche Diskussionspapiere Nr. 153, Bundesinstitut für Berufsbildung.