Zwischenbericht

der maßgeblichen Spitzenorganisationen der

Physiotherapie

gemäß § 125a Abs. 6 S. 2 SGB V

Impressum

Verantwortlich für die Erstellung sind die maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für den Heilmittelbereich der Physiotherapie:

Physio Deutschland - Deutscher Verband für Physiotherapie e. V.
Bonner Straße 143
50968 Köln
E-Mail: info@physio-deutschland.de
https://www.physio-deutschland.de/

Verband für Physiotherapie - Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT)
Hofweg 15
22085 Hamburg
E-Mail: info@vpt.de
https://www.vpt.de/

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.
Gesundheitscampus-Süd 33
44801 Bochum
E-Mail: ifk@ifk.de
https://www.ifk.de/

VDB-Physiotherapieverband e.V. – Bundesverband
Ehrlichstraße 18
10318 Berlin
E-Mail: bv@vdb-physio.de
https://vdb-physio.de/

Dieser Zwischenbericht wurde nach Maßgabe von § 125a Abs. 6 S. 2 SGB V erstellt und richtet sich an:

Das
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn

Veröffentlichungsdatum: 31. Oktober 2026

Executive Summary

Die bisherigen Ergebnisse der Evaluation weisen darauf hin, dass die Blankoverordnung in der Physiotherapie ein wirksames Instrument zur Stärkung einer patient*innenorientierten und effizienten Gesundheitsversorgung ist. Patient*innen können von klinisch relevanten Verbesserungen bei Schmerz, Funktionsfähigkeit, gesundheitsbezogener Lebensqualität und Bewegungsangst profitieren. Physiotherapeut*innen nutzen die erweiterten Handlungsspielräume im Rahmen der erweiterten Versorgungsverantwortung zielgerichtet. Behandlungszahlen und Therapiezeiträume lagen überwiegend innerhalb der vorgesehenen grünen Ampelphase.

Die neuen diagnostischen Handlungsspielräume werden aktiv eingesetzt und ermöglichen eine stärker bedarfsorientierte Steuerung der Behandlung. Sowohl in der Physiotherapie als auch auf ärztlicher Seite besteht zudem eine breite Unterstützung für eine Ausweitung der Blankoverordnung auf weitere Indikationsbereiche.

Die Auswertungen der Abrechnungsdaten zeigen eine steigende Nutzung der Blankoverordnung sowie höhere Leistungs- und Ausgabenumfänge bei den aktuell möglichen Diagnosen. Die Ausgaben in der Physiotherapie sind gestiegen, zugleich ist ein wachsender Versorgungsbedarf zu beobachten. Aufgrund von Vergütungsanpassungen, neuen Leistungspositionen und des verhältnismäßig kurzem Beobachtungszeitraums lassen sich daraus jedoch noch keine belastbaren Aussagen über die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung ableiten. Für eine fundierte Bewertung sind sektorenübergreifende gesundheitsökonomische Analysen erforderlich.

Aus Sicht der Physiotherapieverbände hat sich die Blankoverordnung als zweite Versorgungsform in der physiotherapeutischen Heilmittelversorgung etabliert. Die bisherigen Ergebnisse sprechen dafür, dass die Blankoverordnung die Versorgungsqualität stärkt und therapeutische Kompetenzen wirksam nutzt. Eine Ausweitung der erweiterten Versorgungsverantwortung nach § 125a Absatz 6 S. 2 SGB V auf weitere Indikationen sollte sowohl aus ärztlicher als auch aus physiotherapeutischer Sicht erfolgen. Gleichzeitig muss die wissenschaftliche Begleitforschung fortgeführt werden, um langfristige Auswirkungen auf Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit und Patient*innennutzen sichtbar zu machen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 6

2 Überblick der vertraglichen Grundlagen der Heilmittelversorgung nach § 125a SGB V in der Physiotherapie 7

3 Datengrundlage 9

3.1 GKV-Heilmittel-Informationssystem und Schnellinformationen gemäß § 125a Abs. 5 SGB V 9

3.2 Wissenschaftliche Studien 9

4 Limitationen 11

4.1 Limitationen HIS-Berichte und Schnellinformation 11

4.2 Limitationen der Studien 15

5 Mengenentwicklung 16

5.1 Auswertung der Umsätze und Mengen 16

5.2 Auswertungen zur Entwicklung der Diagnosegruppen 20

5.3 Auswertungen zu den Indikationsbereichen 23

5.4 Auswertungen zum Ampelsystem 25

5.5 Auswertungen zu Einzelleistungen 27

5.5.1 Umsätze und Mengen je Einzelleistung 28

5.5.2 Auswahl der Heilmittel im Vergleich 30

5.5.3 Mengen von Doppelbehandlungen 31

5.6 Fazit Mengenentwicklung 32

6 Finanzielle Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen 33

6.1 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenkassen 33

6.2 Mögliche Substitutionseffekte im Versorgungsgeschehen 34

7 Weitere Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen 35

7.1 Physiotherapeutische Diagnostik und Bedarfsdiagnostik 36

7.2 Organisatorischer Aufwand 37

7.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit 38

8 Perspektiven auf die Blankoverordnung 38

8.1 Patient*innenperspektive 39

8.2 Therapeut*innenperspektive 39

8.3 Ärzt*innenperspektive 40

9 Ergebnisqualität 41
9.1 Global Rating of Change (GRoC) 41
9.2 Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) 42
9.3 EQ-5D 43
9.4 Tampa-Skala 43
10 Zusammenfassung 44
11 Ausblick 45
12 Literatur 46

1 Einleitung

Die Vertragspartner sind gemäß § 125a Abs. 6 S. 2 SGB V verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zwei Jahre nach Abschluss der Verträge einen Bericht (sog. „Zwischenbericht“) zu übermitteln. Der Begriff „Vertragspartner“ bezeichnet den GKV-Spitzenverband, Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V, sowie die im Impressum genannten Berufsverbände der Physiotherapie (im Folgenden: „Leistungserbringerverbände“).

Neben der gesetzlichen Verpflichtung in § 125a Abs. 6 S. 2 SGB V haben sich die Vertragspartner in § 5 des Rahmenvertrags nach § 125a SGB V geeinigt, dass der Bericht insbesondere – d.h. nicht abschließend – die Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen (siehe Kapitel 7), die Mengenentwicklung (siehe Kapitel 5), die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen (siehe Kapitel 6) sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität (siehe Kapitel 8 und 9) darzulegen hat. Das Erfordernis einer sachgerechten Bewertung erfordert außerdem, dass der „Zwischenbericht“ nach § 125a Abs. 6 S. 2 SGB V und der Bericht nach § 125a Abs. 6 S. 1 SGB V (sog. „Abschlussbericht“) inhaltlich vergleichbar sind. Die nachfolgenden Kapitel des Zwischenberichts bilden die Grundlage für eine zeitpunktübergreifende, multiperspektivische Darstellung der Auswirkungen der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung. Ihre Berücksichtigung ermöglicht es, unterschiedliche Perspektiven zu verschiedenen Zeitpunkten systematisch abzubilden und miteinander in Beziehung zu setzen.

Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass zwischen den Vertragspartnern keine einvernehmliche Verständigung erzielt werden konnte, welche Inhalte der Zwischenbericht enthält. Aus diesem Grund erfolgt die Berichterstattung in Form zweier getrennt voneinander erstellter Zwischenberichte (im Folgenden vereinfacht „Berichte). Dieser Teilbericht aus Sicht der Leistungserbringerverbände gibt die erhobenen Daten sachlich und neutral wieder. Die Darstellung orientiert sich an den vorliegenden Informationen.

2 Überblick der vertraglichen Grundlagen der Heilmittelversorgung nach § 125a SGB V in der Physiotherapie

Die Vertragspartner haben mit Wirkung zum 01. November 2024 die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V (im Folgenden „Blankoverordnung“) in der Physiotherapie eingeführt.

Zusätzlich zur etablierten Versorgungsform nach § 125 SGB V (im Folgenden auch als Versorgungsform mit „konventioneller Verordnung“) stellt die Versorgungsform nach § 125a SGB V eine zweite Säule der Regelversorgung mit Heilmitteln der Physiotherapie dar. Letztere eröffnet eine alternative Form der Leistungserbringung, deren Anwendungsbereich perspektivisch sukzessiv erweitert werden soll. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass die Therapierenden auf Grundlage einer ärztlichen Indikationsstellung und Verordnung tätig werden, hierbei jedoch eigenständig über

- die Auswahl des oder der Heilmittel,
- die Therapiefrequenz und
- die Dauer der Behandlung bezüglich der Wahl von Einzel- oder Doppelbehandlung sowie
- die Gesamtdauer der Therapie pro Blankoverordnung

entscheiden dürfen. Die Heilmittel-Richtlinie regelt in § 13a den Verzicht auf Angaben, die im Rahmen einer konventionellen Verordnung notwendig sind und bestimmt in Verbindung mit §2 Abs. 3 des Rahmenvertrags nach § 125a SGB V eine maximale Gültigkeitsdauer von bis zu 16 Wochen. In diesem Zeitraum können Leistungserbringende der Physiotherapie die Therapie flexibel, patientenindividuell und bedarfsgerecht gestalten.

Zur Vermeidung unverhältnismäßiger Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherte oder Versicherten haben die Vertragspartner gemäß § 125a Abs. 2 Nr. 6 SGB V Maßnahmen zu vereinbaren. Es wurde sich auf ein Ampelsystem verständigt, welches weiterhin eine flexible Therapiegestaltung und eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet, vgl. 3.1 der Anlage 1 zum Rahmenvertrag nach § 125a SGB V.

Die grüne Phase des Ampelsystems ist dadurch gekennzeichnet, dass die Menge der Behandlungseinheiten in einem aus derzeitiger Sicht der Vertragspartner medizinisch therapeutisch erforderlichen und verhältnismäßigen Rahmen liegt und in der Regel ausreichend ist, das Therapieziel zu erreichen. Eine steuernde Maßnahme ist in der grünen Phase nicht notwendig und findet nicht statt.

Die rote Phase zeigt an, dass in der Regel eine überdurchschnittliche Überschreitung der Menge erreicht ist, die außerhalb der vereinbarten Behandlungseinheiten der grünen

Phase eingeordnet ist. Es erfolgt ein Vergütungsabschlag in Höhe von 9 % auf die Behandlungseinheiten, die innerhalb der roten Phase erbracht werden. Neben dem Rahmenvertrag nach § 125a SGB V vereinbarten die Parteien außerdem:

- Anlage 1
- Anhang 1 zur Anlage 1
- Anlage 2
- Anlage 3a
- Anhang A

Bei der Anlage 1 handelt es sich um eine indikationsspezifische Anlage für Erkrankungen im Bereich des Schultergelenks, die in Anhang 1 zur Anlage 1 konkretisiert wird. In Anlage 2 ist die Vergütung vereinbart und Anlage 3a beinhaltet Regelungen hinsichtlich der notwendigen Angaben auf einer Blankoverordnung. Mit Anhang A haben sich die Vertragspartner auf ein Wiederaufnahmeformular verständigt.

Die in Anhang 1 zu Anlage 1 aufgelisteten ICD-10-Codes sind in drei verschiedene Kategorien eingeordnet:

- „Tabelle 1“ (im Folgenden als „Tabelle Weichteilerkrankungen“ bezeichnet) beinhaltet ICD-10-Codes aus dem Bereich der Weichteilerkrankungen. Hier ist vereinbart, dass bis zu 18 vorrangige und 6 ergänzende Heilmittel der grünen Phase zugeordnet sind. Die darüberhinausgehenden Behandlungseinheiten sind der roten Phase zugeordnet.
- „Tabelle 2“ (im Folgenden als „Tabelle Frakturen“ bezeichnet) beinhaltet ICD-10-Codes aus dem Bereich der Frakturen. Da hier regelmäßig ein höherer Versorgungsbedarf vorliegt, haben die Vertragspartner vereinbart, dass bis zu 26 vorrangige und 8 ergänzende Heilmittel der grünen Phase zugeordnet sind. Die darüberhinausgehenden Behandlungseinheiten sind der roten Phase zugeordnet.
- „Tabelle 3“ (im Folgenden als „Tabelle BVB/LHB“ bezeichnet[1]) listet die ICD-10-Codes des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 8 der Heilmittel-Richtlinie basierend auf § 32 Abs. 1a SGB V sowie für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der Diagnosegruppe EX und einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V begründen. Die Regelungen des Ampelsystems gelten hier nicht.

[1] Bei „BVB“ handelt es sich um „Besondere Verordnungsbedarfe”, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 106b Abs. 2 SGB V vereinbart werden. Bei „LHB“ handelt es sich um „Langfristige Heilmittelbedarfe”, über die der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet.

3 Datengrundlage

3.1 GKV-Heilmittel-Informationssystem und Schnellinformationen gemäß § 125a Abs. 5 SGB V

Dem Zwischenbericht (schwerpunktmäßig dem Kapitel 5) liegen Daten zugrunde, die auf Grundlage des GKV-Heilmittel-Informationssystems (sog. GKV-HIS), gemäß § 84 Abs. 7 i. V. m. § 84 Abs. 5 SGB V, und auf Grundlage der gemäß § 125a Abs. 5 SGB V veröffentlichten Schnellinformationen für die Versorgungsform mit erweiterter Versorgungsverantwortung bereitgestellt werden [1]. Eine weitere Datengrundlage bietet die im Rahmen der GKV-HIS erhobene Sonderauswertung. Die Veröffentlichung der Schnellinformationen dient einerseits der Übersicht über eine Mengen- und Kostenentwicklung innerhalb des Heilmittelbereichs Physiotherapie, andererseits dient sie den Leistungserbringenden als Orientierungshilfe, um die vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung einzuhalten [2].

3.2 Wissenschaftliche Studien

Der Teilbericht bezieht sich außerdem auf die unabhängigen wissenschaftlichen Studien EvaBVO PT [3], BEP-Blanko [4] und BV-DokuThera [5].

Hierbei handelt es sich um voneinander unabhängige Evaluationsprojekte, die von der Universität zu Lübeck und von der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg sowie andererseits von der Hochschule Bochum und Hochschule Trier begleitet wurden. Alle Studien wurden von den Leistungserbringerverbänden in der Physiotherapie initiiert und finanziert. Die wissenschaftliche Entscheidungsfreiheit und die Auswertungsverantwortung liegen ebenso wie die Publikationsrechte bei den unabhängigen Hochschulen. Zur besseren Übersichtlichkeit sind die Evaluationsprojekte in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 1: Übersicht der Evaluationsstudien der Leistungserbringerverbände

Studie	Projektpartner	Studienanteile	Projektlaufzeit
EvaBVO PT	Universität Lübeck Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg	Beobachtungsstudie	Juni 2025 - Mai 2026
BEP-Blanko	Hochschule Bochum	Querschnittstudie	Juni 2025 - Ende 2026
BV-Doku-Thera	Hochschule Trier	Prospektive, multizentrische Beobachtungsstudie	Juni 2025 - Ende 2026

EVABVO PT

Die Studie zur Evaluation der Blankoverordnung (EvaBVO PT) wurde als prospektive Beobachtungsstudie mit drei Messzeitpunkten (zu Beginn, am Ende und sechs Monate nach Abschluss der Behandlung) durchgeführt. Zu Beginn wurden soziodemografische Daten der teilnehmenden Physiotherapeut*innen sowie Angaben zur evidenzbasierten Praxis (EBPI) [6] und zur Arbeitsgestaltung (WDQ) [7] erhoben. Über die Physiotherapeut*innen erfolgte die Rekrutierung der Patient*innen, bei denen neben soziodemografischen Daten verschiedene klinische Zielgrößen erfasst wurden. Hierzu zählten Schmerzen und Funktionseinschränkungen der Schulter (SPADI) [8], die subjektive Einschätzung der Schulterfunktion (SANE), die gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D) [9], Bewegungsangst und Aktivitätsvermeidung (Tampa Scale) [10] sowie die subjektiv wahrgenommene Veränderung der Beschwerden (Global Perceived Change) [11] und unerwünschte Ereignisse. Ergänzend wurden die zugehörigen Versorgungsdaten bei den behandelnden Physiotherapeut*innen erhoben.

Die patient*innen-, physiotherapeut*innen- und versorgungsbezogenen Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Zur Untersuchung möglicher Einflussfaktoren auf Schmerz und Funktionseinschränkungen kamen multiple lineare Regressionen mit separaten Modellen für Patient*innen-, Physiotherapeut*innen- und Versorgungsparameter zum Einsatz. Ergänzend wurden gepaarte t-Tests zur Untersuchung von Veränderungen sowie explorative logistische Regressionen zum Einfluss physiotherapeut*innenbezogener Merkmale auf die Versorgung durchgeführt.

BEP-BLANKO

Die Studie ‚Evaluation der Umsetzung der Blankoverordnung in der Physiotherapie: Barrieren, Erfolgsfaktoren und Patientenerfahrungen‘ (kurz: BEP-Blanko) untersucht die Perspektiven von Patient*innen, Physiotherapeut*innen und Ärzt*innen im Zusammenhang mit der neuen Versorgungsform.

Im Rahmen einer Online-Umfrage wird die Wahrnehmung und Umsetzung der Blankoverordnung in der physiotherapeutischen Versorgung aus Patient*innensicht multidimensional untersucht. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie Patient*innen die physiotherapeutische Versorgung im Rahmen der Blankoverordnung erleben und ob sich zentrale Aspekte der Versorgungserfahrung – insbesondere Zufriedenheit, Einbindung in therapeutische Entscheidungen sowie Kommunikation mit Therapeut*innen und zuweisenden Ärzt*innen – durch die Anwendung der Blankoverordnung von der Regelversorgung unterscheiden.

Die Erhebung erfolgt mit einem zuvor validierten Messinstrument (PREMBV Fragebogen [12]), der durch die standardisierten Messinstrumente Global Rating of Change Fragebogen (GROC) [13] und SPADI [14] ergänzt wurde.

Aktuell (Stand: 09/2026) nehmen 26 Praxen an der Studie teil. Die Erhebung wird nach entsprechender Evaluation bis voraussichtlich Herbst 2026 laufen. Derzeit liegen 161 Patient*innenregistrierungen (t0) sowie 66 vollständig ausgefüllte Datensätze (t0 & t1) vor.

Mit Hilfe eines sequenziellen Mixed-Methods-Ansatz, der die Perspektiven von Physiotherapeut*innen und Ärzt*innen einbezieht, werden insbesondere strukturelle, prozessbezogene und personelle Barrieren bei der Umsetzung der Blankoverordnung sowie Faktoren, die eine erfolgreiche Implementierung in physiotherapeutisch Einrichtungen fördern, untersucht. Die Studie verfolgt einen quantitativen Forschungsansatz und nutzt eine standardisierte Onlinebefragung zur Datenerhebung. Der Fragebogen umfasste neben Personen und arbeitsbezogenen Faktoren Dimensionen hinsichtlich Akzeptanz, Nutzung, Förderfaktoren und Barrieren sowie Dokumentation innerhalb der Blankoverordnung.

Die Befragung der Physiotherapeut*innen wurde zum 28. Juni 2026 abgeschlossen. Es liegen 720 komplette Datensätze vor. Im Zeitraum vom 30. März 2026 bis 03. August 2026 haben insgesamt 84 Ärzt*innen an der Umfrage teilgenommen.

BV-DOKUTHERA

Eine weitere Evaluation wurde als prospektive, multizentrische Beobachtungsstudie mit Messzeitpunkten zum Therapiebeginn (t1), zum Verordnungsabschluss (t2) sowie einer 6-Monats-Nachbeobachtung (t3) angelegt. Zur Verlaufsdokumentation wird der SPADI [14] mit den Subskalen Schmerz und Funktion eingesetzt. Ergänzend dazu wird am Ende die globale Einschätzung zur Beschwerdeentwicklung mit Hilfe des GROC (Global Rating of Change) erfasst. Zusätzlich werden die Therapieinhalte je Behandlungseinheit dokumentiert und erfasst. Dabei wird zwischen primären und sekundären Maßnahmen unterschieden.

Derzeit beteiligen sich zehn Praxen an der Datenerhebung. Da die Datenerhebung zum Zeitpunkt der Berichterstattung (Stand: 09/2026) noch läuft, werden in den folgenden Ausführungen nur Daten und Verläufe für Teilnehmende berücksichtigt, deren Blankoverordnung bis zum 22. August 2026 mit einem Fragebogen abgeschlossen wurde. Insgesamt wurden 90 Patient*innen mit t2-Fragebogen ausgewertet. Die Datenanalyse erfolgt deskriptiv-explorativ.

4 Limitationen

4.1 Limitationen HIS-Berichte und Schnellinformation

Die Aussagekraft der in Kapitel 3.1 beschriebenen Datengrundlage beschränkt sich auf die quantitative Erfassung der Inanspruchnahme, sowie der Ausgabenentwicklung innerhalb der physiotherapeutischen Heilmittelversorgung. Bei der Auswertung dieser

Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich bei der Blankoverordnung um eine neu eingeführte Versorgungsform handelt, bei der sich alle beteiligten Akteure zunächst mit der Anwendung und den damit verbundenen Abläufen vertraut machen mussten. So wurden im 1. Quartal 2025, also zwei bis fünf Monate nach Einführung der Blankoverordnung, insgesamt nur 32.983 Blankoverordnungen gezählt, obwohl Verordnende gemäß § 13a Abs. 3 Heilmittel-Richtlinie grundsätzlich gehalten sind, Blankoverordnungen auszustellen, wenn nicht wichtige medizinische Gründe entgegenstehen. Zum Vergleich: Im relevanten Schulterbereich waren es 386.267 Verordnungen nach § 125 SGB V. Der im 1. Quartal 2025 geringe Anteil an Blankoverordnungen von 7,9 % aller Verordnungen im Schulterbereich kann zum einen damit erklärt werden, dass die Versorgungsform der Blankoverordnung in der Anfangszeit von den Ärzt*innen noch nicht vollständig angenommen wurde und erst im Zeitablauf zunehmend akzeptiert worden ist. Zum anderen kann es aber auch an den teils ungeprüften Daten des GKV-HIS liegen. Die Verordnungsdaten werden durch die GKV-SV vor der Abrechnungsprüfung zu einem festgelegten Stichtag ausgewertet. Später eingehende Daten fließen in nachfolgende Berichte ein [15].

Die Zahlen des GKV-HIS beschreiben damit zunächst den erfassten Abrechnungsstand. Sie sind nicht ohne Weiteres mit abschließend geprüften und anerkannten Ausgaben gleichzusetzen. Ungeprüfte Abrechnungsdaten treffen keine Aussagen, ob es sich um tatsächliche Ausgaben handelt, oder um die bloße Darstellung von Umsätzen, die aufgrund rahmenvertraglicher Vorgaben bereinigt werden müssen. Dies gilt im Rahmen der Versorgung gemäß § 125a SGB V insbesondere für Behandlungseinheiten, die innerhalb der Rotphase erbracht wurden und somit ohne den tatsächlich vorliegenden Abschlag in Höhe von 9 % berücksichtigt werden. Dadurch sind darauf basierende Umsätze bis zu ca. 9,89 % höher dargestellt als die tatsächlichen Ausgaben. Ferner kam es in der Vergangenheit vor, dass Zahlen einzelner Kassen verspätet angeliefert wurden und die Zahlen verzögert veröffentlicht werden mussten. Insbesondere die Steigerungsraten im 1. Halbjahr 2026 gegenüber 2025 sind daher nur eingeschränkt aussagekräftig.

Bei der Betrachtung der Auswertung ist außerdem zu berücksichtigen, dass Veränderungen der abgerechneten Mengen nicht unmittelbar nur auf die Einführung der Versorgungsform mit erweiterter Versorgungsverantwortung zurückgeführt werden können. Insbesondere wären Veränderungen der Versichertenstruktur, der Morbidität, der Zusammensetzung der erbrachten Leistungen und das ärztliche Verordnungsverhalten als mögliche Einflussfaktoren einzubeziehen gewesen. Durch den demografischen Wandel in einer alternden Gesellschaft entsteht ein stetiger Mehrbedarf an physiotherapeutischen Leistungen, der eine natürliche Mengensteigerung bewirkt.

Es ist weiterhin nicht auszuschließen, dass Ärzt*innen bei ihrer Verordnungsentscheidung patient*innenbezogene Faktoren wie das Alter, den Schweregrad der Erkrankung oder die funktionellen Einschränkungen bei der Entscheidung über die Art der

Versorgungsform berücksichtigen. Die nachfolgenden Auswertungen deuten darauf hin, dass bei Patient*innen mit Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule und gleichzeitig bestehenden, gegebenenfalls weniger eindeutig abgrenzbaren Beschwerden der Schulterregion häufiger eine zusätzliche oder alternative Schulterdiagnose kodiert wird als vor Einführung der Blankoverordnung (siehe Kapitel 5.2). Durch die Parallelität der Versorgungsformen hat die Kodierung einer Schulterdiagnose eine konstitutive Wirkung, indem durch sie der Anwendungsbereich der Versorgungsform nach § 125a SGB V geöffnet wird. Vor dem Hintergrund erscheint es denkbar, dass die ausbleibende Wirtschaftlichkeitsprüfung für Verordnende entsprechende Anreize schafft. Beobachtete Unterschiede zwischen den Verordnungsgruppen wären folglich nicht zwangsläufig auf die jeweilige Versorgungsform zurückzuführen, sondern könnten zumindest teilweise auf eine systematische Selektion der Patient*innen oder auf andere Beweggründe der Verordnenden zurückgehen.

Die in Kapitel 3.1 dargestellten Abrechnungsdaten beziehen sich ausschließlich auf die Umsätze innerhalb des Heilmittelbereichs. Für eine vollständige Darstellung der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen (siehe Kapitel 6) können sie nicht herangezogen werden. Bei der Betrachtung der Umsatzsteigerungen ist zu beachten, dass Leistungen der Physiotherapie im maßgeblichen Betrachtungszeitraum seit Anfang 2024 Vergütungsänderungen von insgesamt rund 13,5 % unterlagen, sodass Aussagen über Umsätze mit einer zeitlichen Anknüpfung um diesen Faktor zu bereinigen wären.[2] Bei einer Gegenüberstellung der Umsätze aus der Versorgung nach § 125 mit der nach § 125a SGB V ist außerdem zu berücksichtigen, dass die Versorgung nach § 125a SGB V zum Teil verpflichtende Leistungspositionen beinhaltet, die die Versorgungsform nach § 125 SGB V nicht vorsieht und die einen entsprechenden Mehraufwand und eine höhere Verantwortung in den Physiotherapiepraxen implizieren.[3]

Die vorliegenden Auswertungen sind vor diesem Hintergrund einzuordnen. Eine umfassende Bewertung der finanziellen Auswirkungen in anderen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung, inklusive möglicher Folgekosten, Einsparungen oder gesamtversorgungsbezogene Effekte, ist auf dieser Datengrundlage nicht möglich. Hierfür bedarf es der Hinzuziehung weiterer Daten, die den Leistungserbringerverbänden nur begrenzt zur Verfügung stehen. Aussagen zur Behandlungs- und Ergebnisqualität der Versorgungsform gemäß § 125a SGB V lassen sich aus den Zahlen des GKV-HIS nicht treffen.

Ferner ist bei den Analysen der Marktanteile einzelner Diagnosen (siehe Kapitel 5.3 und 5.4) eine methodische Besonderheit zu berücksichtigen: Jede Blankoverordnung wird genau einem ICD-10-Code zugeordnet. Tatsächlich können auf einer Blankoverordnung

[2] Änderung 01.01.2026 +2,49 %; Änderung 01.04.2025 +8,02 %, Änderung 01.07.2025 -4,01 %; Änderung 01.01.2024 +6,44 %. Berücksichtigt wurden zudem Zinseszinseffekte.
[3] Hierzu gehören gemäß Anlage 2: Physiotherapeutische Diagnostik, Bedarfsdiagnostik und die Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung [16].

jedoch mehrere gültige ICD-10-Codes aufgeführt sein, die gemäß den Tabellen des Anhangs 1 zur Anlage 1 des Vertrages nach § 125a SGB V in der Physiotherapie den Indikationsbereichen Weichteilerkrankungen, Frakturen oder BVB/LHB zuordnet werden. Enthält eine Blankoverordnung mehrere ICD-10-Codes gemäß Anhang 1 zur Anlage 1, wird sie demjenigen ICD-10-Code zugeordnet, der unter den auf der Verordnung angegebenen ICD-10-Codes in der alphabetischen Reihenfolge an erster Stelle steht. Dies verhindert zwar Mehrfachzählungen, führt aber auch zu fehlerhaften Darstellungen, die anhand der nachfolgenden Beispiele nicht abschließend aufgezeigt werden:

- **Szenario 1: Schlüsselbeinfraktur mit Schultersteife**
  Tabelle Weichteilerkrankungen: M25.61 – Gelenksteife, Schulterregion
  Tabelle Frakturen: S42.02 – Fraktur der Klavikula, mittleres Drittel
  Nach einer Schlüsselbeinfraktur und längerer Ruhigstellung ist die Beweglichkeit des Schultergelenks eingeschränkt.

- **Szenario 2: Oberarmkopffraktur mit adhäsiver Kapselentzündung**
  Tabelle Weichteilerkrankungen: M75.0 – Frozen Shoulder
  Tabelle Frakturen: S42.21 – Fraktur des proximalen Humerus, Kopf bzw. proximale Epiphyse
  Nach einer Oberarmkopffraktur entwickelt sich eine ausgeprägte Schultersteife mit klinisch diagnostizierter adhäsiver Kapselentzündung.

- **Szenario 3: Schulterarthrose und Schlüsselbeinfraktur**
  Tabelle Weichteilerkrankungen: M19.11 – Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke, Schulterregion
  Tabelle Frakturen: S42.03 – Fraktur der Klavikula, laterales Drittel
  *Bei Patient*innen mit bereits bestehender posttraumatischer Arthrose im Schulterbereich tritt zusätzlich eine neue Schlüsselbeinfraktur auf.*

- **Szenario 4: Impingement-Syndrom und Fraktur des Schulterblatts**
  Tabelle Weichteilerkrankungen: M75.4 – Impingement-Syndrom der Schulter,
  Tabelle Frakturen: S42.11 – Fraktur der Skapula, Korpus
  Ein eigenständig diagnostiziertes Impingement-Syndrom besteht neben einer Schulterblattfraktur, bei einer entsprechenden Vorgeschichte und zusätzlichen Beschwerden.

Diesen Fällen gemein ist, dass sie aufgrund der alphabetischen Sortierung der Tabelle Weichteilerkrankungen und der dazugehörigen Ampelphase zugeordnet werden und nicht der Tabelle Frakturen (alphabetische Sortierung führt dazu, dass M vor S rangiert). Auswertungen, die Behandlungseinheiten der grünen oder roten Phase zuordnen, haben insofern eine geringe Aussagekraft. Verzerrungen finden ebenfalls statt, wenn im zeitlichen Anwendungsbereich einer Blankoverordnung eine operative Behandlung erfolgt, die bei Ausstellung der Blankoverordnung nicht vorgesehen war: Die

fortlaufenden Behandlungseinheiten werden ausschließlich M75.4 zugeordnet, da die im Verhältnis zur Ausstellung der Blankoverordnung nachgelagerte Operation nicht auf der Verordnung aufgeführt ist und eine neue Verordnung aufgrund der vertraglichen Regelungen nicht ausgestellt werden kann.

4.2 Limitationen der Studien

Die abgeleiteten Ergebnisse der EvaBVO PT Studie sind mit Einschränkungen in der methodischen Anlage verbunden. Durch die Anlage als nicht-randomisierte Beobachtungsstudie ohne Kontrollgruppe sind keine kausalen Aussagen zur Wirksamkeit der Blankoverordnung möglich. Darüber hinaus sind Selbstselektionseffekte auf Seiten der teilnehmenden Physiotherapeut*innen und Patient*innen nicht abschließend auszuschließen. Im Umkehrschluss zu den beschriebenen Limitationen der Daten in Kapitel 4.1 ermöglichen die Ergebnisse der EvaBVO PT keine quantitative Beschreibung der Inanspruchnahme und treffen keine Aussage zur Mengenentwicklung und Ausgabenentwicklung innerhalb der physiotherapeutischen Heilmittelversorgung. Die vorliegende Datengrundlage dient dennoch als Ausschnitt der neuen Regelversorgung gemäß § 125a SGB V, deren Wirksamkeit im Vergleich zur Heilmittelversorgung ohne erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 125 SGB V in zukünftigen Studien gezielt untersucht werden sollte. Die erreichte Stichprobengröße von n=65 reichte aus, um die Nullhypothese zu verwerfen und eine statistische Signifikanz aufzuzeigen.

Eine der wesentlichen Limitationen der Studien BEP-Blanko und BV-DokuThera ist der vorläufige Charakter der Zwischenergebnisse. Bei beiden Studien handelt es sich um noch laufende Studien und Datenerhebungen, weshalb die präsentierten Ergebnisse nur vorläufig sind. Die abschließende Prüfung der Konstruktvalidität des Erhebungsinstrumentes (BEP-Blanko) steht noch aus, weshalb die Zufriedenheitswerte entsprechend vorsichtig zu interpretieren sind. Durch die kurzfristige Einführung der Blankoverordnung war eine wissenschaftliche Bewertung einer Vergleichsgruppe ohne Erfahrungen mit der Blankoverordnung nicht verzerrungsfrei möglich, sodass die Ergebnisse Rückschlüsse auf subjektive Wahrnehmungen, nicht jedoch auf kausale Effekte zulassen. Trotz breit angelegter Rekrutierungsstrategien kann eine Selbstselektion von besonders motivierten bzw. der Blankoverordnung gegenüber positiv eingestellten Teilnehmenden nicht ausgeschlossen werden. Dies könnte dazu führen, dass die Ergebnisse die Einschätzung in der Grundgesamtheit tendenziell positiver abbilden.

Bei der Studie BV-DokuThera haben sich die teilnehmenden Praxen ebenfalls freiwillig zur Mitwirkung an der Erhebung gemeldet. Daher ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass die Repräsentativität der Stichprobe nicht gewährleistet ist. Darüber hinaus ist insbesondere im Hinblick auf das therapeutische Handeln ein Hawthorne-Effekt anzunehmen, dessen Ausmaß sich jedoch nicht quantifizieren lässt [13]. Eine ergänzende Auswertung von Routinedaten könne dazu beitragen die Ergebnisse

in diesem Zusammenhang besser einzuordnen. Einschränkend ist zudem zu berücksichtigen, dass die Behandlungsinhalte nicht vollständig dokumentiert wurden. Die vorliegenden Daten weisen insofern Merkmale von Routinedaten auf [14].

5 Mengenentwicklung

Die Mengenentwicklung im Bereich der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung wird auf Grundlage der unter Kapitel 3.1 genannten Daten dargestellt. Die aus dieser Datenquelle stammenden Tabellen werten – unter dem Vorbehalt der in Kapitel 4.1 genannten Limitationen – die Mengenentwicklung der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsform anhand verschiedener Faktoren aus und zeigen insbesondere den stufenweisen Übergang von der konventionellen Versorgungsform nach § 125 SGB V zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gemäß § 125a SGB V.

5.1 Auswertung der Umsätze und Mengen

Kompakt: Umsätze und Mengen sind gestiegen – nicht zuletzt aufgrund der Einführung neuer Abrechnungspositionen.

In der nachfolgenden Tabelle werden die Umsätze und Mengen im Betrachtungszeitraum 2025 bis 1. Halbjahr (HJ) 2026, im Vergleich zu den Jahren 2023 und 2024, dargestellt. Es zeigt sich, dass die Bruttoumsätze sowie die Anzahl der Behandlungseinheiten 2025 und im 1. Halbjahr 2026 in einer ähnlichen Größenordnung gestiegen sind wie vor der Einführung der Blankoverordnung 2024 und insbesondere 2023. Die Steigerungsraten in der Physiotherapie fallen dabei geringer aus als im gesamten Heilmittelbereich.

Tabelle 2: Umsätze und Mengen in der Physiotherapie und im Bereich Heilmittel Gesamt - 2023 bis 1. HJ 2026

	2023	2024	2025			2026
	Gesamt	Gesamt	1. HJ	2. HJ	Gesamt	1. HJ
Bruttoumsatz Physiotherapie in Tsd. €	8.528.336	9.162.287	4.822.905	5.042.681	9.865.586	5.237.917
Veränderung zum Vorjahreszeitraum in %	9,1	7,4	5,6	-	7,7	8,6
Bruttoumsatz Heilmittel Gesamt in Tsd. €	12.124.963	13.139.235	7.093.546	7.359.498	14.453.044	7.750.008
Veränderung zum Vorjahreszeitraum in %	9,5	8,4	9,2	-	10	9,3
Anzahl Verordnungs-blätter Physiotherapie in Tsd.	32.171	32.273	15.986	15.603	31.589	15.861
Veränderung zum Vorjahreszeitraum in %	2,2	0,3	-2	-	-2,1	-0,8
Anzahl Verordnungs-blätter Heilmittel Gesamt in Tsd.	38.882	39.162	19.613	19.174	38.787	19.595
Veränderung zum Vorjahreszeitraum in %	2,8	0,7	-0,8	-	-1	-0,1
Anzahl Behandlungs-einheiten Physiotherapie in Tsd.	262.105	265.038	136.662	-	271.233	140.643
Veränderung zum Vorjahreszeitraum in %	3,2	1,1	2,3	-	2,3	2,9
Anzahl Behandlungs-einheiten Heilmittel Gesamt in Tsd.	319.060	323.902	168.450	-	333.942	173.607
Veränderung zum Vorjahreszeitraum in %	3,9	1,5	3,3	-	3,1	3,1

In den nachfolgenden Tabellen 3 und 4 wird für den Betrachtungszeitraum 2025 und 1. Halbjahr 2026 die Versorgung nach § 125 SGB V mit der Blankoverordnung nach § 125a SGB V verglichen.

Tabelle 3: Umsätze und Mengen in der Physiotherapie in der Versorgung nach § 125 und § 125a SGB V – Januar bis Dezember 2025

	Versorgung nach § 125 SGB V	Versorgung nach § 125a SGB V	Gesamt	Anteil von § 125a SGB V
Bruttoumsatz	9.425.046.143 €	440.539.590 €	9.865.585.733 €	4,47 %
Zuzahlungen	892.042.011 €	41.842.336 €	933.884.347 €	4,48 %
Nettoumsatz	8.533.004.132 €	398.697.254 €	8.931.701.386 €	4,46 %
Verordnungsblätter	30.956.827	633.144	31.589.971	2,00 %
Behandlungseinheiten	259.794.540	11.438.043	271.232.583	4,22 %

Tabelle 4: Umsätze und Mengen in der Physiotherapie in der Versorgung nach § 125 und § 125a SGB V – Januar bis Juni 2026

	Versorgung nach § 125 SGB V	Versorgung nach § 125a SGB V	Gesamt	Anteil von § 125a SGB V
Bruttoumsatz	4.826.161.769 €	411.754.803 €	5.237.916.572 €	7,86 %
Zuzahlungen	455.213.949 €	38.836.064 €	494.050.013 €	7,86 %
Nettoumsatz	4.370.947.821 €	372.918.738 €	4.743.866.559 €	7,86 %
Verordnungsblätter	15.297.565	563.297	15.860.862	3,55 %
Behandlungseinheiten	129.300.105	11.343.196	140.643.301	8,07 %

Für das Jahr 2025 wurden 633.144 Blankoverordnungen eingelöst, die in der gesetzlichen Krankenversicherung Ausgaben von rund 399 Mio. Euro erzeugt haben. Dies entspricht einem Anteil von rund 4,5 % an den physiotherapeutischen Gesamtausgaben der GKV in Höhe von rund 8,9 Mrd. Euro. Nach den Werten des 1. Halbjahres 2026 beträgt der Anteil rund 7,9 %. Bei den Umsätzen in der Versorgung nach § 125a SGB V ist zu berücksichtigen, dass dort zusätzlich zu den Umsätzen für Heilmittel auch die Umsätze für die Positionen 20522 (Physiotherapeutische Diagnostik), 20523 (Bedarfsdiagnostik) und 20524 (Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung) eingerechnet sind [16]. Für das Jahr 2024 lag die Anzahl der Verordnungsblätter in einem zu vernachlässigen Bereich. Sowohl der Bruttoumsatz (Anteil: 0,00 %) als auch die Anzahl der Behandlungseinheiten (Anteil: 0,00 %) der Blankoverordnung für das 4. Quartal 2024 waren so gering, dass sie für alle nachfolgenden Auswertungen im Jahr 2024 zu vernachlässigen sind. Da auch die Verordnungszahlen zu Beginn 2025 aufgrund der Limitationen der GKV-HIS-Zahlen (siehe Kapitel 4.1) noch gering ausgefallen sind, können die Steigerungsraten des 1. Halbjahres 2026 im Vergleich zum 1. Halbjahr 2025 nur als bedingt aussagekräftig angesehen werden (s. o.). Sie werden der Vollständigkeit halber im Folgenden dennoch aufgeführt.

Tabelle 5: Umsätze und Mengen für Erkrankungen im Bereich des Schultergelenks – 2023 bis 2025

	2023	2024	2025		
	Gesamt	Gesamt	Versorgung nach § 125 SGB V	Versorgung nach § 125a SGB V	Gesamt
Bruttoumsatz in €	374.721.524	405.170.897	229.778.665	440.539.590	670.318.255
Veränderung zum Vorjahr in %	-	8,10	-	-	65,40
Verordnungsblätter	2.047.873	2.062.702	1.099.923	633.144	1.733.067
Veränderung zum Vorjahr in %	-	0,70	-	-	-16,00
Behandlungseinheiten	14.436.028	14.795.535	8.051.472	11.438.043	19.489.515
Veränderung zum Vorjahr in %	-	2,50	-	-	31,70

Im Bereich der Schultererkrankungen wurden im Jahr 2025 insgesamt 36,5 % aller Verordnungen als Blankoverordnung erbracht (633.144 von 1.733.067), was u. a. auf die anfänglich noch zurückhaltende Verordnungsweise der Ärzt*innen zurückgeführt werden kann. Der Wert ist im 1. Halbjahr 2026 auf 58,6 % angestiegen.

Mit Einführung der Blankoverordnung ist der Bruttoumsatz im Schulterbereich im Jahr 2025 um 65,4 % gestiegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Positionen 20522, 20523, 20524 einen Wert von ca. 64,2 Millionen Euro ausmachen. Ohne die Ausgaben für diese Positionen stieg der Bruttoumsatz (bereinigt) für das Jahr 2025 auf ca. 606.118.255 Euro und folglich um 49,6 %. Im Vergleich hierzu gab es einen Anstieg von Behandlungseinheiten i. H. v. 31,7 % und einen Rückgang an Verordnungsblättern i. H. v. -16 %. Dieser Rückgang ist der Systematik der neuen Versorgungsform geschuldet. Während in der konventionellen Versorgung i. d. R. Höchstmengen pro Verordnung (z. B. 6 Behandlungseinheiten bei Diagnosegruppe EX) bestehen, gilt jede Blankoverordnung für 16 Wochen. Die gesunkene Anzahl von Verordnungen impliziert bei den Patienten einen Rückgang von erforderlichen Arztkontakten.

Mögliche Ursachen für die Veränderungen im Jahr 2025 und auch für das 1. Halbjahr 2026 sind Verlagerungseffekte, die in den Kapiteln 5.2 und 6.2 thematisiert werden.

Tabelle 6: Mengen für die Indikationsbereiche (Weichteilerkrankungen, Frakturen, BVB/LHB) in Bezug auf vorrangige und ergänzende Heilmittel in der Versorgung nach § 125a SGB V – Januar bis Dezember 2025

		Weichteilerkrankungen	Frakturen	BVB/LHB
vorrangige Heilmittel	Verordnungsblätter	405.620	44.451	183.073
	Behandlungseinheiten	5.930.183	758.681	3.049.186
	Behandlungseinheiten je Blanko-VO	14,62	17,07	16,66
ergänzende Heilmittel	Verordnungsblätter	405.620	44.451	183.073
	Behandlungseinheiten	1.048.051	94.841	557.101
	Behandlungseinheiten je Blanko-VO	2,58	2,13	3,04

Anhand der Anzahl der Verordnungsblätter und der vorliegenden Behandlungseinheiten lässt sich jeweils eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten ermitteln. Diese lässt sich wiederum in die Indikationsbereiche aufteilen und beträgt für das Jahr 2025 im Bereich der Weichteilerkrankungen 14,62 vorrangige und 2,58 ergänzende Heilmittel, im Bereich der Frakturen 17,07 vorrangige und 2,13 ergänzende Heilmittel und für den Bereich der BVB/LHB 16,66 vorrangige und 3,04 ergänzende Heilmittel.

5.2 Auswertungen zur Entwicklung der Diagnosegruppen

Kompakt: Verlagerung von Behandlungseinheiten aus den Diagnosegruppen WS und ZN in die Diagnosegruppe EX.

Die nachfolgenden beiden Tabellen stellen die Entwicklung der Behandlungseinheiten in den einzelnen Diagnosegruppen in der Physiotherapie für die Jahre 2023 bis 2025 sowie für das 1. Halbjahr 2025 und das 1. Halbjahr 2026 dar.

Tabelle 7 zeigt einen allgemeinen Anstieg der Behandlungseinheiten in der Diagnosegruppe EX. Für das Jahr 2024 ist ein Anstieg von 4,5 % im Vergleich zum Vorjahr ausgewiesen, obwohl die Versorgung nach § 125a SGB V in diesem Jahr kaum stattgefunden hat. Der Anstieg von 4,5 % ist daher nicht auf die Einführung der Versorgungsform nach § 125a SGB V zurückzuführen.[4] Nach Einführung der Blankoverordnung stieg der Anteil an Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens (EX) im Jahr 2025 um 8,3 %, folglich um 3,8 Prozentpunkte mehr im Vergleich zum Vorjahr.

[4] Ein weiterer Beleg dafür ist, dass die Erhöhung nach dem 3. Quartal 2024 sogar 5,5 % gegenüber dem Vorjahr betrug und die Blankoverordnung erst im November 2024 eingeführt wurde. https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2024_03/Bundesbericht-HIS_202403.pdf

Tabelle 7: Anzahl der Behandlungseinheiten nach Diagnosegruppen in den Jahren 2023 bis 2025

	Behandlungen 2023	Behandlungen 2024	Behandlungen 2025
Wirbelsäulenerkrankungen (WS)	95.686.000	93.903.000	91.388.000
Veränderungen zum Vorjahr in %	0,2	-1,86	-2,68
Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens (EX)	69.077.000	72.162.000	78.125.000
Veränderungen zum Vorjahr in %	6,7	4,47	8,26
Lymphabflussstörungen (LY)	39.473.000	40.026.000	40.824.000
Veränderungen zum Vorjahr in %	3,2	1,40	1,99
ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks (ZN)	39.562.000	38.813.000	39.023.000
Veränderungen zum Vorjahr in %	0,9	-1,89	0,54
Sonstige	18.306.000	20.134.000	21.872.000
Veränderungen zum Vorjahr in %	13,2	9,99	8,63
Gesamt	262.104.000	265.038.000	271.232.000
Veränderungen zum Vorjahr in %	3,2	1,12	2,34

Addiert man die Behandlungen der Diagnosegruppen, erhält man für das Jahr 2024 265.038.000 Behandlungen und für das Jahr 2025 271.232.000 Behandlungen. Das entspricht einem Zuwachs von 2,3 %. Dies ist zwar mehr als der Anstieg 2024 (1,1 %), aber weniger als 2023 (3,2 %), sodass sich die Steigerung insgesamt innerhalb eines üblichen Rahmens bewegt. Der steigende Bedarf an Heilmitteln der Physiotherapie wird u. a. durch den demografischen Wandel und den höheren Behandlungsbedarf alternder Menschen erklärt (siehe Kapitel 5.6).

Tabelle 8: Anzahl Behandlungseinheiten nach Diagnosegruppen – Gegenüberstellung 1. HJ 2025 und 1. HJ 2026

	Behandlungen 1. HJ 2025	Behandlungen 1. HJ 2026
Wirbelsäulenerkrankungen (WS)	47.251.000	44.862.000
Veränderungen zum Vorjahr in %		-5,06 %
Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens (EX)	37.859.000	44.341.000
Veränderungen zum Vorjahr in %		17,12 %
Lymphabflussstörungen (LY)	20.608.000	20.674.000
Veränderungen zum Vorjahr in %		0,32 %
ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks (ZN)	20.003.000	19.482.000
Veränderungen zum Vorjahr in %		-2,60 %
Sonstige	10.941.000	11.285.000
Veränderungen zum Vorjahr in %		3,14 %
Gesamt	136.662.000	140.644.000
Veränderungen zum Vorjahr in %		2,91 %

Tabelle 8 verdeutlicht den weiter anhaltenden Anstieg der Behandlungseinheiten in der Diagnosegruppe EX im 1. Halbjahr 2026. Die Diagnosegruppen WS und ZN sind hingegen rückläufig. Auffällig ist der deutliche Rückgang im Bereich der Wirbelsäulenerkrankungen, der sich – wie die nachfolgende Abbildung zeigt – über die Betrachtungszeiträume beschleunigt.

Während der Rückgang des Marktanteils WS mit Bezug auf den Bruttoumsatz vor Einführung der Blankoverordnung auf 0,7 Prozentpunkte (von 29,5 % auf 28,8 %) zu beziffern ist, beträgt der Rückgang für das Jahr 2025 bereits 1,5 Prozentpunkte (auf 27,3 %) und für das 1. Halbjahr 2026 weitere 1,4 Prozentpunkte (auf 25,9 %). Dies geht mit einem Anstieg der EX einher. Vor Einführung der Blankoverordnung stieg der Anteil von EX um 0,9 Prozentpunkte (von 22,2 % auf 23,1 %). Im Jahr 2025 stieg der Anteil um 1,2 Prozentpunkte (auf 25,3 %) und für das 1. Halbjahr 2026 um weitere 1,6 Prozentpunkte (auf 28,0 %).

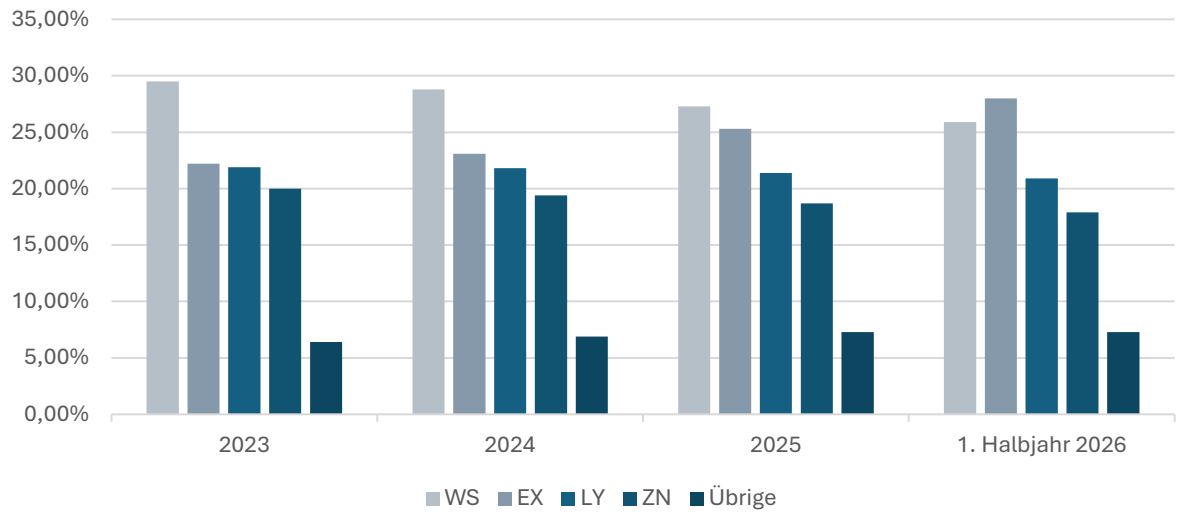


Abbildung 1: Marktanteile Diagnosegruppen in der Physiotherapie - 2023 bis 1. HJ 2026

Möchte man den Anstieg der Behandlungseinheiten im Bereich EX mit der Einführung der Blankoverordnung in Verbindung setzen, so müsste überprüft werden, ob diese Verlagerung durch das Verhalten der Verordnenden verursacht wird, indem sie zum Teil schulternahe Erkrankungen der Wirbelsäule der Versorgungsform nach § 125a SGB V zuweisen. Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich die Gesamtzahl der Behandlungseinheiten über alle Indikationen hinweg in einem Rahmen erhöht hat, der sich nicht wesentlich von den Steigerungsraten vergangener Jahre unterscheidet.

5.3 Auswertungen zu den Indikationsbereichen

Kompakt: Bei BVB/LHB-Diagnosen mehr konventionelle als Blankoverordnungen ausgestellt.

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Versorgungsformen nach § 125 und § 125a SGB V für das Jahr 2025 im Bereich des Schultergelenks gegenüber und vergleichen zwischen den vereinbarten Indikationsbereichen „Weichteilerkrankungen“, „Frakturen“ und „BVB/LHB“ (Kapitel 2). Im Vergleich zur gesamten konventionellen Versorgung, bei der der Umsatzanteil 2025 nach Aussagen der GKV bei ca. 56 % lag [17], ist dieser Anteil gering.

Tabelle 9: Umsätze und Mengen der Weichteilerkrankungen gemäß Tab. Weichteilerkrankungen des Anhangs 1 der Anlage 1 zum Rahmenvertrag nach § 125a SGB V für die Versorgung nach § 125 und § 125a SGB V – Januar bis Dezember 2025

	Versorgung nach § 125 SGB V	Versorgung nach § 125a SGB V	Gesamt	Anteil von § 125a SGB V
Bruttoumsatz	112.932.183 €	268.793.077 €	381.725.260 €	70,42 %
Verordnungsblätter	593.332	405.620	998.952	40,60 %
Behandlungseinheiten	4.039.463	6.978.234	11.017.697	63,34 %

Tabelle 10: Umsätze und Mengen der Frakturen gemäß Tabelle Frakturen des Anhangs 1 der Anlage 1 zum Rahmenvertrag nach § 125a SGB V für die Versorgung nach § 125 und § 125a SGB V – Januar bis Dezember 2025

	Versorgung nach § 125 SGB V	Versorgung nach § 125a SGB V	Gesamt	Anteil von § 125a SGB V
Bruttoumsatz	23.728.386 €	34.342.090 €	58.070.476 €	59,14 %
Verordnungsblätter	119.271	44.451	163.722	27,15 %
Behandlungseinheiten	740.485	853.522	1.594.007	53,55 %

Tabelle 11: Umsätze und Mengen der BVB/LHB gemäß Tabelle BVB/LHB des Anhangs 1 der Anlage 1 zum Rahmenvertrag nach § 125a SGB V für die Versorgung nach § 125 und § 125a SGB V – Januar bis Dezember 2025

	Versorgung nach § 125 SGB V	Versorgung nach § 125a SGB V	Gesamt	Anteil von § 125a SGB V
Bruttoumsatz	93.118.096 €	137.404.423 €	230.522.519 €	59,61 %
Verordnungsblätter	387.320	183.073	570.393	32,10 %
Behandlungseinheiten	3.271.524	3.606.287	6.877.811	52,43 %

Tabelle 12: Marktanteile der Indikationsbereiche (Tabellen Weichteilerkrankungen, Frakturen, BVB/LHB) am Bruttoumsatz – Januar bis Dezember 2025

	Versorgung nach § 125 SGB V in €	Anteil von § 125 SGB V in %	Versorgung nach § 125a SGB V in €	Anteil von § 125a SGB V in %	Versorgung Gesamt in €
Weichteil-erkrankungen	112.932.183	49,15	268.793.077	61,01	381.725.260
Frakturen	23.728.386	10,33	34.342.090	7,80	58.070.476
BVB/LHB	93.118.095	40,53	137.404.423	31,19	230.522.518
Gesamt	229.778.664	100,00	440.539.590	100,00	670.318.254

Im Vergleich zur Versorgung nach § 125 SGB V ist der Anteil der Bruttoumsätze der Weichteilerkrankungen am Gesamtbruttoumsatz in der Versorgung nach § 125a SGB V deutlich höher (61 % vs. 49 %). Im Bereich der Frakturen (8 % vs. 10 %) und BVB/LHB (31 % vs. 41 %) ist der Anteil des Bruttoumsatzes hingegen geringer als in der Versorgung nach § 125 SGB V. Ob eine konventionelle Verordnung oder eine Blankoverordnung ausgestellt wird, liegt im Ermessen der Verordnenden und somit nicht im Einflussbereich der Physiotherapeut*innen. Anhand der Tabellen 9-11 zeigt sich, dass bei Weichteil-erkrankungen tendenziell vermehrt und bei Vorliegen von Frakturen und BVB/LHB tendenziell seltener eine Blankoverordnung ausgestellt wird. Mögliche Ursachen sind die Limitation hinsichtlich der Zuordnung zu einem ICD-10-Code nach alphabetischer Reihenfolge in Bezug auf Frakturen (siehe Kapitel 4.1) und der Umstand, dass BVB/LHB bei konventionellen Verordnungen nicht in die Wirtschaftlichkeitsprüfung fallen und aus

Sicht der Verordnenden ein geringerer Anreiz für die Verordnung der Versorgungsform nach § 125a SGB V besteht als bei Weichteilerkrankungen.

5.4 Auswertungen zum Ampelsystem

Kompakt: Der überwiegende Anteil der Behandlungen erfolgt innerhalb der Grünphase.

Im Rahmen der Versorgungsform von § 125a SGB V werden die Behandlungseinheiten in den indikationsspezifischen Bereichen Weichteilerkrankungen und Frakturen in eine Grün- und eine Rotphase unterteilt (siehe Kapitel 2). Nachfolgend ist die Unterteilung jeweils für das Jahr 2025 und für das 1. Halbjahr 2026 sowohl in absoluten Zahlen als auch in Anteilen visualisiert.

Tabelle 13: Anzahl Behandlungseinheiten und jeweiliger Anteil in der Ampelphase je Indikationsbereich (Weichteilerkrankungen, Frakturen) nach vorrangigen und ergänzenden Heilmitteln – Januar bis Dezember 2025

Phasen	Indikationsbereich	vorrangige Heilmittel	ergänzende Heilmittel
Grün	Weichteilerkrankungen	5.540.870	717.804
		93,44 %	68,49 %
	Frakturen	736.551	69.223
		97,08 %	72,99 %
Rot	Weichteilerkrankungen	389.313	330.247
		6,56 %	31,51 %
	Frakturen	22.130	25.618
		2,92 %	27,01 %
Gesamt	Weichteilerkrankungen	5.930.183	1.048.051
		100,00 %	100,00 %
	Frakturen	758.681	94.841
		100,00 %	100,00 %

Insbesondere bei den vorrangigen Heilmitteln wird der überwiegende Teil der Behandlungen innerhalb der Grünphase erbracht (Weichteilerkrankungen: 93,4 %, Frakturen: 97,1 %). Der Anteil der Behandlungen innerhalb der Rotphase ist bei den ergänzenden Heilmitteln deutlich höher als bei den vorrangigen Heilmitteln.

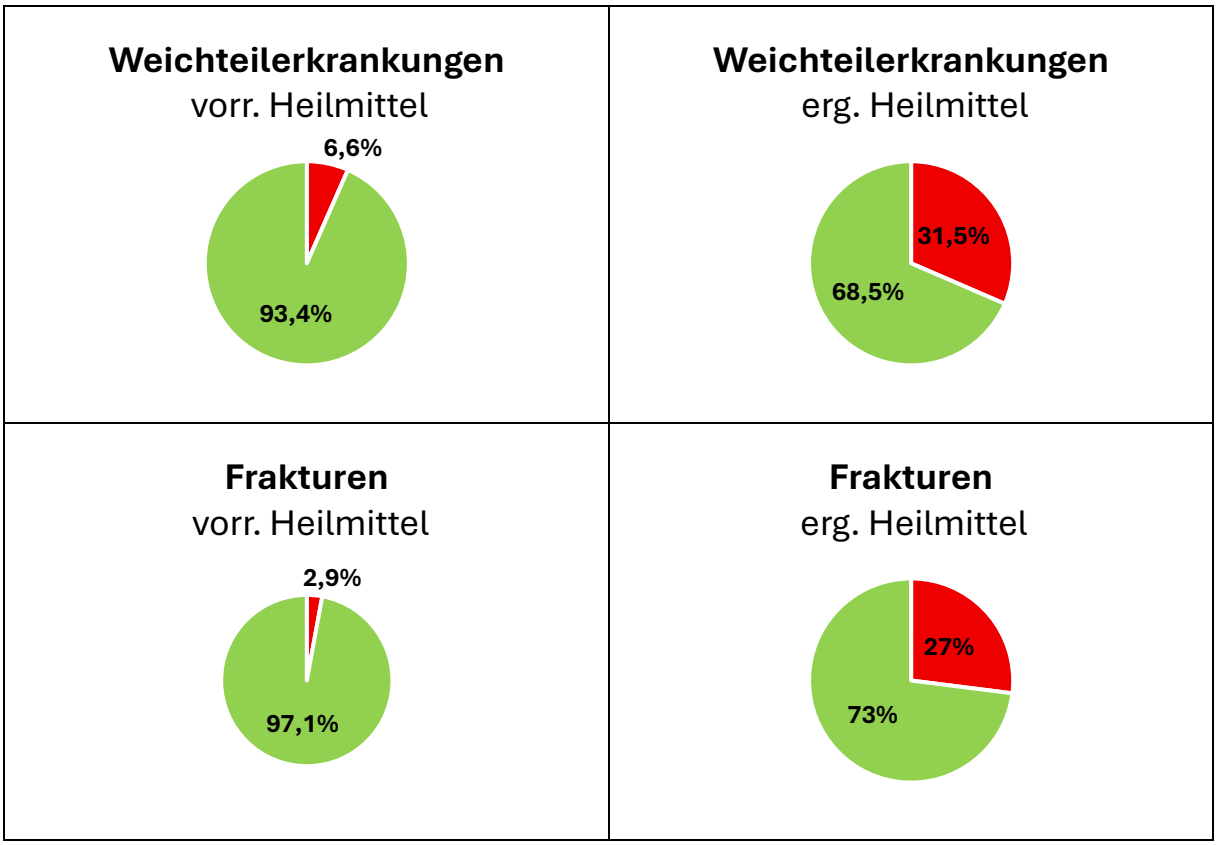


Abbildung 2: Anzahl der Behandlungseinheiten in den verschiedenen Ampelphasen in Prozent – Januar bis Dezember 2025

Tabelle 14: Anzahl Behandlungseinheiten und jeweiliger Anteil in der Ampelphase je Indikationsbereich (Weichteil-erkrankungen, Frakturen) nach vorrangigen und ergänzenden Heilmitteln – Januar bis Juni 2026

Phasen	Indikationsbereich	vorrangige Heilmittel	ergänzende Heilmittel
Grün	Weichteilerkrankungen	5.353.077	642.941
		86,54 %	64,28 %
	Frakturen	651.032	56.268
		91,85 %	67,77 %
Rot	Weichteilerkrankungen	832.321	357.355
		13,46 %	35,72 %
	Frakturen	57.778	26.763
		8,15 %	32,23 %
Gesamt	Weichteilerkrankungen	6.185.398	1.000.296
		100,00 %	100,00 %
	Frakturen	708.810	83.031
		100,00 %	100,00 %

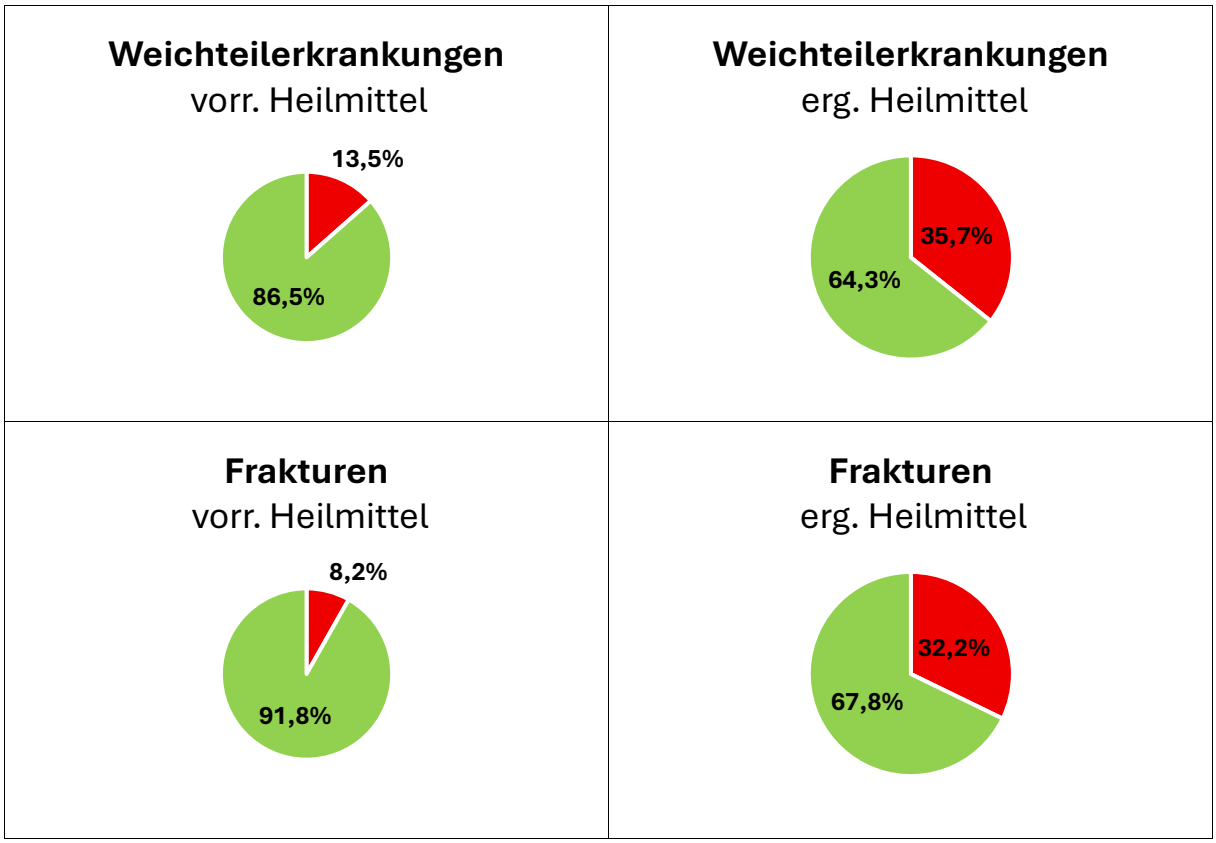


Abbildung 3: Anzahl der Behandlungseinheiten in den verschiedenen Ampelphasen in Prozent– Januar bis Juni 2026

Auch im ersten Halbjahr bleibt der Anteil der innerhalb der Rotphase erbrachten Leistungen bei ergänzenden Heilmitteln höher als bei den vorrangigen Heilmitteln, wobei der Anteil bei Weichteilerkrankungen von 31,5 % auf 35,7 % und bei Frakturen von 27 % auf 32,2 % steigt. Der Anteil der Rotphase bei den vorrangigen Heilmitteln hat sich erhöht (Weichteilerkrankungen von 6,6 % auf 13,5 %; Frakturen von 2,9 % auf 8,2 %), ist aber insgesamt weiterhin relativ gering.

5.5 Auswertungen zu Einzelleistungen

*Kompakt: Auswahl der Heilmittel ermöglicht es, die Behandlung stärker an individuellen funktionellen Einschränkungen, Therapiezielen und Therapieverlauf der Behandlung auszurichten. Therapeut*innen setzen vermehrt auf Krankengymnastik am Gerät und Manuelle Therapie.*

Die Freiheit der Heilmittelerbringenden im Hinblick auf die Auswahl des Heilmittels ist das zentrale Merkmal der Blankoverordnung. Die Gesetzesbegründung zum Terminservice- und Versorgungsgesetz verdeutlicht damit die gesetzgeberisch vorgesehene erweiterte therapeutische Entscheidungsverantwortung. Die Auswahl des geeigneten Heilmittels erfolgt innerhalb der für die jeweilige Diagnosegruppe geltenden Vorgaben des Heilmittelkatalogs. Die Übertragung dieser Entscheidungen ermöglicht es, die Behandlung stärker an den individuellen funktionellen Einschränkungen, den Therapiezielen und dem jeweiligen Therapieverlauf auszurichten.

5.5.1 Umsätze und Mengen je Einzelleistung

Die nachfolgenden Tabellen zeigen den Anteil einzelner physiotherapeutischer Leistungen an der gesamten Versorgung nach § 125a SGB V für das Jahr 2025 (Tabelle 15) sowie das 1. Halbjahr 2026 (Tabelle 16).

Tabelle 15: Umsätze und Mengen je Einzelleistung nach § 125a SGB V – Januar bis Dezember 2025

Einzelleistung	Bruttoumsatz		Verordnungsblätter		Behandlungseinheiten	
	in EUR	Anteil in %	absolut	Anteil in %	absolut	Anteil in %
Krankengymnastik Einzelbehandlung	149.486.037	33,95	475.108	16,54	4.740.087	35,73
Manuelle Therapie	148.145.966	33,65	400.881	13,96	3.961.485	29,86
KG-Gerät	46.324.016	10,52	112.727	3,93	840.465	6,34
Klassische Massagetherapie	3.768.984	0,86	39.034	1,36	174.064	1,31
Übungsbehandlung Einzelbehandlung	57.714	0,01	766	0,03	3.166	0,02
Unterwasser-druckstrahlmassage	12.942	0,00	85	0,00	426	0,00
Bindegewebs-massage	208.040	0,05	1.574	0,05	8.013	0,06
Segment-, Periost, Colonmassage	14.929	0,00	160	0,01	658	0,00
Chirogymnastik	5.398	0,00	52	0,00	277	0,00
Gruppentherapien	147.111	0,03	1.403	0,05	9.409	0,07
Maßnahmen der Elektrotherapie	2.331.216	0,53	53.204	1,85	280.655	2,12
Wärmetherapie	19.246.851	4,37	208.813	7,27	1.325.284	9,99
Kältetherapie	1.108.074	0,25	17.368	0,60	94.054	0,71
Physiotherapeutische Diagnostik	21.813.879	4,95	615.058	21,42	620.484	4,68
Bedarfsdiagnostik	9.231.720	2,10	346.878	12,08	350.547	2,64
Pauschale je Blankoverordnung	33.109.798	7,52	580.972	20,23	586.453	4,42
Hausbesuchs-pauschale	5.296.188	1,20	17.728	0,62	269.368	2,03
Gesamt	440.308.863	100	2.871.811	100	13.264.895	100

Tabelle 16: Umsätze und Mengen je Einzelleistung nach § 125a SGB V – Januar bis Juni 2026

Einzelleistung	Bruttoumsatz		Verordnungsblätter		Behandlungseinheiten	
	in EUR	Anteil in %	absolut	Anteil in %	absolut	Anteil in %
Krankengymnastik Einzelbehandlung	140.721.157	34,19	422.661	17,30	4.830.694	36,42
Manuelle Therapie	138.187.731	33,58	354.775	14,52	3.951.478	29,79
KG-Gerät	43.930.767	10,67	98.783	4,04	802.874	6,05
Klassische Massagetherapie	3.537.331	0,86	34.851	1,43	166.632	1,26
Übungsbehandlung Einzelbehandlung	45.561	0,01	662	0,03	2.739	0,02
Unterwasser-druckstrahlmassage	6.826	0,00	47	0,00	231	0,00
Bindegewebs-massage	193.321	0,05	1.393	0,06	7.669	0,06
Segment-, Periost, Colonmassage	12.358	0,00	128	0,01	584	0,00
Chirogymnastik	3.018	0,00	35	0,00	152	0,00
Gruppentherapien	100.302	0,02	980	0,04	6.607	0,05
Maßnahmen der Elektrotherapie	1.858.586	0,45	42.111	1,72	225.582	1,70
Wärmetherapie	18.519.367	4,50	187.224	7,66	1.281.386	9,66
Kältetherapie	774.654	0,19	11.679	0,48	66.568	0,50
Physiotherapeutische Diagnostik	19.785.137	4,81	440.132	18,02	550.864	4,15
Bedarfsdiagnostik	8.359.383	2,03	308.159	12,61	308.681	2,33
Pauschale je Blankoverordnung	30.252.333	7,35	522.292	21,38	522.978	3,94
Hausbesuchs-pauschale	5.280.493	1,28	17.168	0,70	269.963	2,04
Gesamt[5]	411.568.325	100	2.443.080	100	12.995.682	100

[5] Hinweis zu den Tabellen 15 und 16: In den kumulierten Zahlen der Spalte ‚Verordnungsblätter' in der Zeile ‚Gesamt' sind Mehrfachnennungen enthalten. Ein Verordnungsblatt, auf dem mehrere Heilmittel enthalten sind, wird dadurch mehrfach gezählt. Die tatsächliche Gesamt-Anzahl an Verordnungsblättern (ohne Mehrfachnennungen) beträgt 633.144 im Jahr 2025 (siehe Tabellen 3 und 5).
Die Gesamt-Anzahl der Behandlungseinheiten enthält auch Einheiten der neuen Positionen (Diagnostiken, Pauschale) sowie der Hausbesuche. Dadurch erklären sich die Abweichungen zu den 11.483.043 Behandlungseinheiten für 2025 gemäß Tabellen 3 bis 5.

Insgesamt sind 64.155.397 Euro (2025) bzw. 58.396.853 Euro (1. Halbjahr 2026) auf die Einführung neuer Positionen zurückzuführen, die in der konventionellen Versorgung nicht vorgesehen sind. Die übrigen Positionen müssen im Folgenden vergleichend zur konventionellen Versorgung eingeordnet werden. Bei der Position Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung ist zu berücksichtigen, dass diese Position durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gestrichen wurde.

5.5.2 Auswahl der Heilmittel im Vergleich

Um einen adäquateren Vergleich der Einzelleistungen zwischen den Versorgungsformen nach § 125a und § 125 SGB V vorzunehmen, wurde nachfolgend durch die GKV eine Sonderauswertung anhand der GKV-HIS-Daten der durchgeführten ergänzenden und vorrangigen Heilmittel bezüglich der indikationsbezogenen Schulterdiagnosen (Tabelle „Weichteilerkrankungen“, „Frakturen“ und „BVB/LHB“ des Anhang 1 der Anlage 1 des Vertrags nach § 125a SGB V) im Jahr 2025 vorgenommen.

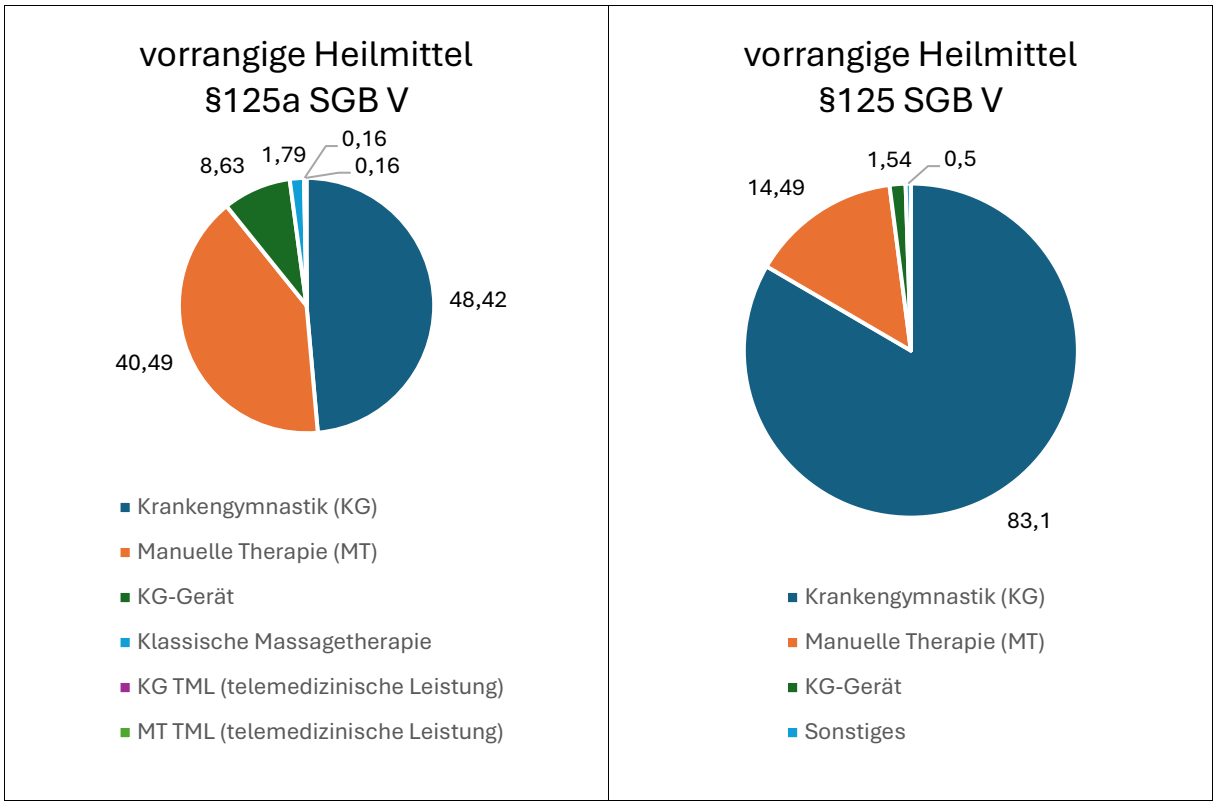


Abbildung 4: Anteil Behandlungseinheiten vorrangiger Heilmittel in Prozent– Jahr 2025

Im Vergleich wird deutlich, dass im Rahmen der Blankoverordnung das Spektrum der Heilmittel breiter ausgeschöpft wird als bei der klassischen Verordnung. Hervorzuheben ist, dass die Versorgungsform nach § 125a SGB V im Jahr 2025 relativ zur konventionellen Versorgung vermehrt auf die Positionen MT und KG-Gerät setzt.

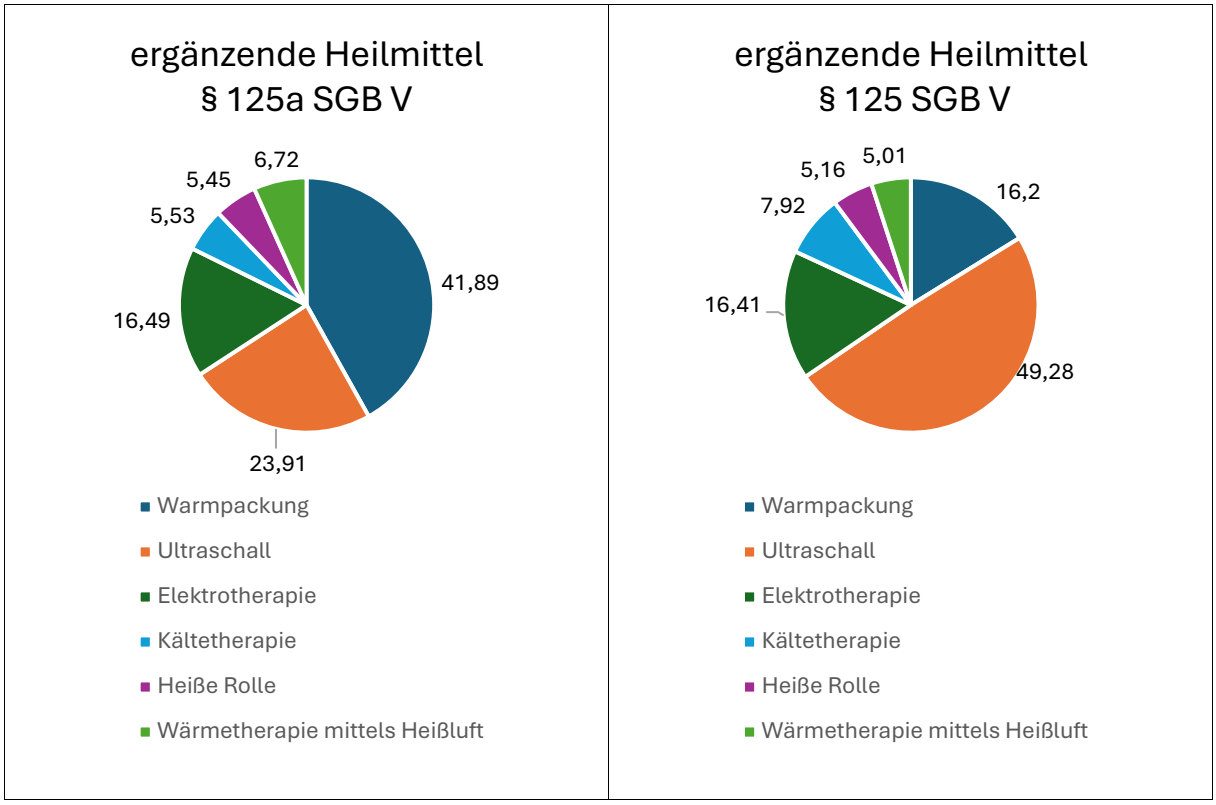


Abbildung 5: Anteil Behandlungseinheiten ergänzender Heilmittel in Prozent– Jahr 2025

Bei den ergänzenden Heilmitteln ist insbesondere der unterschiedliche Anteil bei Ultraschallbehandlungen und bei Warmpackungen zu erkennen. Die Versorgungsform Blankoverordnung hat eine um 25,37 Prozentpunkte geringeren Anteil bei Ultraschallbehandlungen (23,91 % vs. 49,28 %).

5.5.3 Mengen von Doppelbehandlungen

Der Anteil der Doppelbehandlungen ist in der konventionellen Versorgung nach § 125 SGB V stetig zurückgegangen, während für die Versorgungsform nach § 125a SGB V ein deutlich höherer Wert bestimmt werden kann.

Tabelle 17: Anteil der Doppelbehandlungen in der Versorgung nach § 125 und § 125a SGB V

Doppelbehandlungen	2024	2025	1. HJ 2026
§ 125 SGB V	11 %	6 %	2 %
§ 125a SGB V	-	30 %	30 %

5.6 Fazit Mengenentwicklung

Kompakt: Seit Einführung der Blankoverordnung sind die Ausgaben für Physiotherapie gestiegen. Die Gründe dafür sind vielfältig und nicht nur auf die Blankoverordnung zurückzuführen.

Der Anteil der Blankoverordnung an allen ärztlichen Verordnungen im Schulterbereich wächst, da sich die neue Form der Regelversorgung zunehmend etabliert. Er ist aber mit aktuell 58,6 % (1. Halbjahr 2026) immer noch auf einem ausbaufähigen Niveau. Gemäß § 13a Heilmittel-Richtlinie ist die Ausstellung konventioneller Verordnungen im Schulterbereich nur dann vorgesehen, „sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen".

Die Umsätze in der Physiotherapie haben sich seit Einführung der neuen Versorgungsform nach § 125a SGB V zunächst einmal erhöht (siehe Tabelle 2). Hinsichtlich der Erkrankungen im Schulterbereich sind die Umsätze von ca. 203 Mio. Euro auf 410 Mio. Euro (bereinigt um die Vergütungserhöhungen und die neuen Leistungspositionen) im 1. Halbjahr 2026 angestiegen. Dies entspricht ungefähr einer Verdopplung des Umsatzes. Auch die Anzahl der Behandlungseinheiten hat sich verdoppelt. Bei der Interpretation der Steigerungsraten dürfen aber die folgenden entscheidenden Aspekte nicht vernachlässigt werden:

1. In den Umsätzen sind u. a. rund 64 Mio. Euro (2025) bzw. 58 Mio. Euro (1. Halbjahr 2026) für die neuen Positionen (Diagnostik, Pauschale) enthalten, denen eine entsprechende Leistung durch die Heilmittelerbringenden entgegensteht.
2. Ein Teil des Umsatzwachstums ist auf Vergütungssteigerungen in den letzten Jahren zurückzuführen (siehe Kapitel 5.1).
3. Ein Teil des Umsatzwachstums ist auf Mengenentwicklungen zurückzuführen, die dem demografischen Wandel und dem daraus entstehenden Mehrbedarf für physiotherapeutische Behandlungen in einer alternden Gesellschaft geschuldet sind.
4. Ein nicht unwesentlicher Teil der Mehrumsätze im Schulterbereich wird bei anderen Diagnosegruppen (EX, ZN) eingespart, was aller Voraussicht nach durch Verschiebeeffekte in der ärztlichen Verordnung erklärt werden kann. Hinzu kommen Verlagerungseffekte auch bei anderen ärztlichen Verordnungen (siehe Kapitel 6.2).

Absolut betrachtet sind die Umsätze in der Physiotherapie vom 1. Halbjahr 2024 bis zum 1. Halbjahr 2026 um 14,7 % gestiegen (durchschnittlich rund 7,1 % pro Jahr, unter Berücksichtigung des Zinseszinseffekts). Ohne die Zusatzpositionen (Punkt 1) würde der Anstieg nur noch 13,43 % betragen. Davon sind rund 6,6 % durch Vergütungssteigerungen erklärbar. Hinzukommt ein erhöhter Bedarf an Physiotherapie durch den demografischen

Wandel sowie die angesprochenen Verlagerungen aus anderen Bereichen (siehe Kapitel 5.2 und 6.2).

Bei der Auswahl der Heilmittel ist eine verstärkte Nutzung des Heilmittels Manueller Therapie im Bereich der Blankoverordnung – relativ zur konventionellen Versorgung – zu erkennen. Die dahingehende Präferenz kann zu weiten Teilen dadurch erklärt werden, dass dieses Heilmittel von den Physiotherapeut*innen in vielen Fällen für wirksamer erachtet wird als z. B. eine Allgemeine Krankengymnastik. Dies deckt sich auch mit den Leitlinien [18]. In der konventionellen Versorgung ist es dagegen denkbar, dass einzelne Ärzt*innen auf eine Verordnung des nach Leitlinien wirksameren Heilmittels verzichten und stattdessen ein günstigeres Heilmittel verordnen, um Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu vermeiden.

Der rückläufige Anteil von Doppelbehandlungen in der konventionellen Versorgung und der gleichzeitig sehr hohe Anteil bei den Blankoverordnungen könnte darauf hindeuten, dass die Ärzt*innen überproportional viele schwierige Behandlungsfälle als Blankoverordnung ausstellen.

6 Finanzielle Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen

6.1 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenkassen

Kompakt: Die finanziellen Auswirkungen auf Krankenkassen lassen sich nur durch eine umfassende Analyse aller Gesundheitsausgaben beurteilen, nicht allein anhand der Ausgaben für die Blankoverordnung.

Die in Kapitel 5 dargestellten Umsätze können zur Beurteilung der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen nicht alleinig herangezogen werden. Zur realitätsnahen Darstellung der finanziellen Auswirkungen bedarf es einer detaillierten Analyse der Ausgabenentwicklung bzw. -verschiebung innerhalb der verschiedenen Leistungsbereiche der Krankenkassen, die sich aus der Übertragung der Therapie- und Ergebnisverantwortung auf nicht-ärztliche Leistungserbringer*innen ergibt. Für den Bereich der Physiotherapie sind für die Indikation Schulter mögliche Veränderungen der Ausgaben für Arzneimittel, bildgebende Diagnostik, Krankenhausaufenthalte und (überflüssige) operative Eingriffe zu betrachten. Dabei sind sowohl die Häufigkeit der jeweiligen Leistungen als auch die damit verbundenen Ausgaben zu berücksichtigen. Daran anschließend sind die Bezugszeiten des Krankengeldes zu überprüfen. Konsequenterweise sind ebenfalls Veränderungen der Versichertenstruktur und der Morbidität als mögliche Einflussfaktoren einzubeziehen.

Als Datengrundlage sind sektorenübergreifende, pseudonymisierte Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen für Behandlungen der Indikation Schulter auszuwerten,

die durch den GKV-SV über das Forschungsdatenzentrum Gesundheit anzufragen sind. Beispielsweise lässt sich in der Rehabilitation aus Zahlen der Deutschen Rentenversicherung ein deutlicher Rückgang von Anschlussrehabilitationen belegen (s. u.). Es ist davon auszugehen, dass auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung ähnliche Entwicklungen zu beobachten sein werden. Entsprechendes Zahlenmaterial liegt den Berufsverbänden der Physiotherapie allerdings nicht vor.

6.2 Mögliche Substitutionseffekte im Versorgungsgeschehen

Kompakt: Fachübergreifende Verschiebungseffekte können exemplarisch nachgewiesen werden. Weitere Untersuchungen zu Veränderungen im Versorgungsgeschehen sind zu prüfen.

Wie sich an den Entwicklungen der Verordnungszahlen innerhalb der verschiedenen Diagnosegruppen gezeigt hat (siehe Kapitel 5.2), haben sich bereits innerhalb der Physiotherapie Verschiebungseffekte bei ärztlichen Verordnungen ergeben. Dies ist insbesondere damit zu erklären, dass Verordnungen aus der Versorgung nach § 125a SGB V bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzt*innen keine Beachtung finden. In ähnlicher Weise sind weitere fachübergreifende Verschiebungen möglich.

Exemplarisch wird die Annahme überprüft, dass Ärzt*innen nach Operationen tendenziell früher eine physiotherapeutische (Blanko-)Verordnung ausstellen und die Patient*innen dafür seltener in die ambulante Reha überwiesen werden. Ein Indiz für solche Verlagerungseffekte zeigt sich in den Statistiken der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zu Anschlussrehabilitationen bei der Diagnose M.75 (Schulterläsionen).

Tabelle 18: Veränderungsrate Anschlussrehabilitation im Bereich Schulterläsion [19-22]

Jahr	Anzahl Anschlussrehabilitationen	Veränderung gegenüber Vorjahr in %
2022	5.470	-
2023	5.828	6,50%
2024	5.907	1,40%
2025	5.361	-9,20%

In Tabelle 18 zeigt sich, dass die Anzahl der Anschlussrehabilitationen bei der Indikation M.75 im Jahr 2025 mit -9,2 % deutlich zurückgegangen ist. Zum Vergleich: Die Gesamtzahl aller Anschlussrehabilitation der DRV ist dagegen 2025 um 2,3 % gestiegen [21, 22]. Dies könnte durch die Einführung der Blankoverordnung ab November 2024 begünstigt worden sein, indem von Ärzt*innen seitdem verstärkt physiotherapeutische Leistungen verordnet wurden, für die keine Gefahr einer Wirtschaftlichkeitsprüfung besteht.

Eine Anschlussrehabilitation kann Mehrkosten von rund 1.000 bis 3.000 Euro gegenüber einer physiotherapeutischen Behandlung verursachen, was zu signifikanten

Einsparungen führen kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Betrachtung ausschließlich einen ICD-10-Code (M.75) sowie Anschlussrehabilitationen zulasten der DRV umfasst. Darüberhinausgehende Verlagerungseffekte, beispielsweise bei anderen Schulterindikationen oder im Bereich weiterer physiotherapeutischer Verordnungen, werden nicht erfasst. Es ist davon auszugehen, dass sich zusätzliche Veränderungen im Versorgungsgeschehen ergeben haben, die ebenfalls mit einer finanziellen Entlastung der GKV verbunden sein könnten. Dies wird in den Zahlen nach § 84 SGB V nicht abgebildet.

Ob und in welchem Umfang solche Effekte tatsächlich eingetreten sind, bedarf einer umfassenderen Untersuchung, wie sie u. a. in Kapitel 6.1 skizziert ist. Sollte sich im weiteren Verlauf eine Verlagerung von Rehabilitationsmaßnahmen hin zur ambulanten physiotherapeutischen Versorgung im Rahmen der Blankoverordnung bestätigen, könnte dies perspektivisch auch Auswirkungen auf die Ausgaben der Rentenversicherung haben. Eine mögliche finanzielle Entlastung wäre jedoch gesondert zu untersuchen.

7 Weitere Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen

Kompakt: Blankoverordnungen werden am häufigsten aufgrund des Erreichens des Therapieziels beendet. Krankengymnastik und Manuelle Therapie wurden am häufigsten eingesetzt.

Die grundsätzlichen Auswirkungen der Blankoverordnung, die in Kapitel 6 dargestellt wurden, spiegeln sich ebenfalls in den Evaluationsstudien wider. Über die Studien hinweg wurden im Mittelwert zwischen 16 und 18 Behandlungen bei einer Behandlungsdauer von im Mittel zwölf bis 13,5 Wochen abgegeben. In Bezug auf die Ampelphase äußern 70 % der befragten Physiotherapeut*innen aus der Studie BEP-Blanko, so wenig wie möglich in die rote Ampelphase zu geraten. In der Studie EvaBVO PT wurden das Erreichen des Therapieziels (50,7 %) sowie das Erreichen der maximalen Gültigkeitsfrist von 16 Wochen (35,2 %) als häufigste Gründe für das Behandlungsende angegeben. Die mittlere Wartezeit bis zum ersten Behandlungstermin betrug zwei Wochen.

In allen Studien sind die Heilmittel Krankengymnastik (KG) und Manuelle Therapie (MT) am häufigsten verwendet worden. In der Studie EvaBVO PT wurde unter den vorrangigen Heilmitteln die Manuelle Therapie mit 84,5 % am häufigsten eingesetzt, gefolgt von Krankengymnastik mit 56,3 % und Krankengymnastik am Gerät mit 36,6 %. Deutlich seltener wurden Krankengymnastik in der Gruppe (2,8 %) und klassische Massagetechniken (1,4 %) angewendet. Bei 60,6 % der Patient*innen kamen ergänzende Heilmittel zum Einsatz. Am häufigsten wurden Elektrotherapie (29,6 %), Wärmetherapie mittels Fango (15,5 %), Heiße Rolle (9,9 %) und Kältetherapie (5,6 %) genutzt. Darüber hinaus wurde in neun Fällen Ultraschallwärmetherapie dokumentiert, wobei keine Angaben zur Anzahl der durchgeführten Behandlungseinheiten vorliegen.

Aus der EvaBVO PT geht hervor, dass insgesamt 32 verschiedene Kombinationen von Heilmitteln gewählt wurden, wobei im Mittel 4,2 verschiedene Heilmittel pro Verordnung eingesetzt wurden, bei einer Standardabweichung von 1,3. Die höchste dokumentierte Anzahl unterschiedlicher Heilmittel innerhalb einer Verordnung betrug acht. Als primäre Maßnahme der Therapieinhalte hat die Studie BV-DokuThera insbesondere aktiv-assistives Bewegen, Kräftigung und Techniken der Manuellen Therapie erfasst. Bei den sekundären Therapieinhalten überwiegt die Massagetechnik, gefolgt von aktiv-assistiven Bewegen, Dehnung und Edukation. Weitere ergänzende Heilmittel wurden in der Studie nur punktuell eingesetzt.

7.1 Physiotherapeutische Diagnostik und Bedarfsdiagnostik

*Kompakt: Physiotherapeut*innen setzen umfassende diagnostische Kompetenzen innerhalb der Physiotherapeutischen Diagnostik und physiotherapeutischen Bedarfs-diagnostik ein.*

Mit Einführung der Blankoverordnung wurden zwei neue (Abrechnungs-)Positionen in den Leistungskatalog aufgenommen. Zum einen die physiotherapeutische Diagnostik, die zu Beginn jeder Blankoverordnung erfolgen muss, zum anderen die physiotherapeutische Bedarfsdiagnostik, die während der laufenden Behandlungsserie einer Verordnung (Zwischendiagnostik) oder zum Therapieende (Abschlussdiagnostik) der Untersuchung und Befragung der Patient*innen dient.

Im Rahmen der BEP-Blanko Erhebung wurde aus Physiotherapeut*innenperspektive erfasst, welche Inhalte Physiotherapeut*innen bei der physiotherapeutischen Diagnostik und Dokumentation einsetzten und in welchem Umfang diese im Rahmen der Blankoverordnung zum Einsatz kommen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Physiotherapeut*innen umfassend diagnostische Kompetenzen einsetzen und die physiotherapeutische Bedarfsdiagnostik im Rahmen der Blankoverordnung regelhaft nutzen. Anamnese (99 %) und Inspektion (96 %) sind nahezu immer Bestandteil der physiotherapeutischen Diagnostik. 89 % der Befragten beziehen eine Funktionsprüfung bzw. körperliche Untersuchung in ihre physiotherapeutische Diagnostik ein. Dazu gehören insbesondere die Prüfung des Bewegungsausmaßes und der Muskelfunktion sowie der Einsatz schulterspezifischer Testverfahren. Die in der Blankoverordnung neu eingeführte Position der physiotherapeutischen Bedarfsdiagnostik wird von der Mehrheit der Befragten bei 75 bis 100 % der Patient*innen genutzt. Dabei kommen Funktionsprüfungen bzw. körperliche Untersuchungen zum Einsatz. Schulterspezifische Testverfahren (Empty Can/Full Can, Neer, Lift-off, Painful Arc, Hawkins Kennedy) werden im Rahmen der Blankoverordnung bei 65 % der befragten Physiotherapeut*innen häufiger eingesetzt. 59 % der Befragten dokumentieren durch die Blankoverordnung ihre Therapie ausführlicher.

In der Studie EvaBVO PT bewerten nahezu alle Therapeut*innen (97,2 %) die neue Leistungsposition der physiotherapeutischen Diagnostik positiv. Die ebenfalls neu eingeführte Bedarfsdiagnostik kam bei 78,9 % der Verordnungen zum Einsatz.

7.2 Organisatorischer Aufwand

*Kompakt: Organisatorischer Aufwand verlagert sich: Mehr Administration für Physiotherapeut*innen, Ärzt*innen werden entlastet.*

Durch die Einführung der Blankoverordnung haben sich Änderungen sowohl im Verordnungsablauf bei den Ärzt*innen als auch bei der Planung und Organisation der Behandlungstermine bei den Physiotherapeut*innen ergeben. Dabei zeigt sich ein gemischtes Bild beider Berufsgruppen im Hinblick auf den organisatorischen Mehraufwand. Die Blankoverordnung hat im Vergleich zur konventionellen Verordnung unterschiedliche Einflüsse auf den organisatorischen Alltag der Therapeut*innen. Dies lässt sich exemplarisch am Wechsel von Therapeut*innen zwischen Behandlungseinheiten festmachen. Während ein Teil der Befragten der BEP-Blanko Studie (40,5 %) zustimmt, durch die Blankoverordnung weniger Therapeut*innenwechsel zu haben, lehnt der andere Teil diese Aussage ab (28,2 %). 31,4 % sortieren sich dazwischen ein. Ergänzend dazu zeigt die EvaBVO PT auf, dass im Durchschnitt sechs Behandlungstermine von Kolleg*innen während einer Blankoverordnung übernommen werden. Der Aussage, dass die kontinuierliche Anpassung und Frequenz der Termine einen organisatorischen Mehraufwand darstellen, stimmen 67 % der teilnehmenden Physiotherapeut*innen zu (BEP-Blanko). Bei der Frage, ob die Therapeut*innen mit bürokratischen Hürden im Rahmen der Blankoverordnungen zu kämpfen haben, zeigt sich hingegen kein eindeutiges Bild (39 % stimmen zu, 36 % stimmen nicht zu). Jedoch wird der bürokratische Aufwand der Blankoverordnung im Vergleich zur konventionellen Verordnung von 68 % der Therapeut*innen als höher eingeschätzt.

Die Zusammenarbeit auf organisatorischer Ebene zwischen Physiotherapeut*innen und Ärzt*innen wird aus den beiden repräsentierten Perspektiven unterschiedlich wahrgenommen. Während 57 % der Therapeut*innen die Notwendigkeit gesehen haben, die zuweisenden Ärzt*innen zu informieren, fühlen sich wiederum 70 % der Ärzt*innen gut über die Blankoverordnung informiert. Dabei sehen es 45 % der Ärzt*innen als ihre Aufgabe an, die Patient*innen über die Besonderheiten der Blankoverordnung aufzuklären. 35 % lehnen diese Aussage ab, 20 % der Befragten sind neutral eingestellt. Ganz grundsätzlich stehen die Ärzt*innen dem Thema Organisation in der Blankoverordnung positiv gegenüber. Dies geht damit einher, dass 66 % einen positiven Eindruck der Blankoverordnung im Hinblick auf die Reduzierung von administrativem und organisatorischem Aufwand, verglichen mit der konventionellen Verordnung, beschreiben. 70 % der Ärzt*innen stimmen einer Reduzierung des Zeitaufwands durch die Blankoverordnung bezogen auf das Ausstellen von Verordnungen zu (siehe auch:

Rückgang Anzahl Verordnungsblätter in Tabelle 5). Mit Bezug auf die Budgetprüfung stimmen 71 % zu, dass die Blankoverordnung den administrativen Zeitaufwand im Vergleich zur konventionellen Verordnung für Ärzt*innen reduziert.

7.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

*Kompakt: Interprofessionelle Zusammenarbeit bleibt für Physiotherapeut*innen und Ärzt*innen relevant – Austausch steigt im Rahmen der Blankoverordnung nicht.*

Die Studie BEP-Blanko ermöglicht durch die Abfrage der Perspektiven von Physiotherapeut*innen und Ärzt*innen professionssubjektive Einblicke in das interprofessionelle Versorgungsgeschehen im Zuge der erweiterten Versorgungsverantwortung. Die Ergebnisse der Befragung zur interprofessionellen Zusammenarbeit zeigen, dass zwar die Mehrheit der Physiotherapeut*innen (58 %) als auch der Ärzt*innen (73 %) diese als sehr relevant ansehen, die Blankoverordnung allerdings nicht zu einer intensiveren Zusammenarbeit als bei konventionellen Verordnungen führt. 51 % der Therapeut*innen suchen nicht aktiv häufiger den Austausch mit den Ärzt*innen, was wiederum 86 % der Ärzt*innen bestätigen.

Ein unterschiedliches Bild zeigt sich bei der Frage, ob die Berufsgruppen in der Blankoverordnung eine Chance zur interprofessionellen Weiterentwicklung sehen. Auf Seiten der Physiotherapeut*innen sehen 84 % in der Blankoverordnung eine Chance, auf der Seite der Ärzt*innen äußern 44 % diese Sichtweisen bei 32 % herrscht diesbezüglich eine ablehnende Haltung. 47 % der Ärzt* innen stimmen darüber hinaus dem Gefühl zu, eine schlechtere Übersicht über den Behandlungsverlauf ihrer Patient*innen zu haben. 33 % stimmen diesem Gefühl nicht zu. Anknüpfend an die Ergebnisse zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeut*innen und Ärzt*innen zeigt sich zusätzlich aus Sicht der Patient*innen ein heterogeneres Bild. 26 % der Patient*innen sind zufrieden bis sehr zufrieden mit der interprofessionellen Zusammenarbeit im Zuge der Blankoverordnung. Während sich 29 % der Teilnehmenden eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den Physiotherapeut*innen und Ärzt*innen wünschen, fühlen sich 36 % der Teilnehmenden nicht in der Lage, dies für sich zu beurteilen.

8 Perspektiven auf die Blankoverordnung

Die Perspektive der Beteiligten (Patient*innen, Physiotherapeut*innen und Ärzt*innen) auf die Blankoverordnung, wird im Folgenden dargestellt.

8.1 Patient*innenperspektive

*Kompakt: Patient*innen zeigen sich zufrieden in allen Aspekten der Behandlung im Rahmen der Blankoverordnung.*

Die Ergebnisse der BEP-Blanko Studie zeigt ein differenzierteres Bild entlang der Dimensionen Aufnahmeprozess, gemeinsame Entscheidungsfindung, Behandlungsverlauf, Kommunikation und Information über den Behandlungsverlauf sowie interprofessionelle Zusammenarbeit. In der Dimension „Aufnahmeprozess“ im Kontext der Blankoverordnung sind 94 % der Patient*innen zufrieden bis sehr zufrieden. Die Daten zeigen über alle Unterkategorien (bspw. Wartezeit bis zum Termin, Planung weiterer Termine) hinweg eine hohe Zustimmung der Teilnehmenden zu den jeweiligen Unterkategorien. Bei der Dimension „Gemeinsame Entscheidungsfindung“ sind 80 % der Patient*innen zufrieden bis sehr zufrieden. Bei der exemplarischen Unterkategorie „Berücksichtigung der Therapieziele“ gibt es von Seiten der Teilnehmenden 98 % Zustimmung. Bei der Dimension „Behandlungsverlauf“ bei der Blankoverordnung sind 75 % der Patient*innen zufrieden bis sehr zufrieden. Bei allen Unterkategorien (bspw. physiotherapeutische Untersuchung zum Behandlungsbeginn, Anpassung der Behandlungsmaßnahmen) gibt es laut den vorliegenden Daten eine hohe bis sehr hohe Zustimmung. Ein identisches Bild zeigt sich bei der Dimension „Kommunikation und Information über den Behandlungsverlauf“ und den dazugehörigen Unterkategorien.

Bei der abschließenden Abfrage der Gesamtzufriedenheit mit der physiotherapeutischen Versorgung in der Blankoverordnung geben 80 % der Patient*innen eine zufriedene bis sehr zufriedene Einstellung ab.

8.2 Therapeut*innenperspektive

*Kompakt: Physiotherapeut*innen fühlen sich sicher und qualifiziert für die Blankoverordnung. Sie schätzen die Autonomie und Entscheidungsfreiheit, die ihnen die neue Versorgungsform bietet und sehen eine höhere Qualität in ihrer Therapie.*

In den vorliegenden Studien EvaBVO PT als auch BEP-Blanko wurde die Therapeut*innenzufriedenheit erhoben und in der BEP-Blanko Studie näher auf die Einschätzung der Physiotherapeut*innen hinsichtlich ihrer Kompetenzen und die Auswirkungen der Blankoverordnung auf die Behandlungsqualität eingegangen.

In der Studie EvaBVO PT waren die Therapeut *innen auf einer Skala von -5 bis +5 mit einer 3,6 mit dem Behandlungserfolg und mit einer 3,3 mit der Verwaltung der Blankoverordnung zufrieden. Die Ergebnisse der BEP-Blanko zeigen eine hohe Zufriedenheit der Therapeut*innen mit der Blankoverordnung. Die Gesamtzufriedenheit wurde von den Teilnehmenden anhand einer zehnstufigen Likert-Skala von 1 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (in vollem Maße zufrieden) eingeschätzt und liegt bei einem Median bei 8 von 10 möglichen Punkten (IQR = 2). Beide Studien weisen damit auf eine

überwiegend positive Bewertung dieses Versorgungsmodells aus Therapeut*innenperspektive hin.

Ergänzend dazu zeigt die Erfassung der subjektiven Perspektive der Therapeut*innen weiterführende Ergebnisse. Bezogen auf Wissen und Fertigkeiten der Physiotherapeut*innen bei der Anwendung der Blankoverordnung stimmen die Therapeut*innen überwiegend voll und ganz zu sowie eher zu (85 % bis 98 %), dass sie sich sicher und entsprechend qualifiziert für die Anwendung fühlen. Positive Aspekte der Blankoverordnung sind außerdem die erweiterte therapeutische Autonomie und Entscheidungsfreiheit (47 %), eine verbesserte Therapiekontinuität (weniger Unterbrechungen) und längere Behandlungszeiträume (15 %). Therapeut*innen bewerten auch die Behandlungsqualität als überwiegend positiv und 89 % stimmen zu, dass sich die Versorgungssituation der Patientinnen verbessert. Weitere Vorteile sind eine höhere Therapiequalität durch evidenzbasiertes, leitlinienorientiertes Arbeiten (19 %), sowie die Förderung aktiver Therapieformen (13 %), da die Blankoverordnung den Übergang von passiver zu aktiver Therapie vereinfacht.

Eine Ausweitung der Blankoverordnung auf weitere Diagnosegruppen befürworten 90 % der Befragten. Der Großteil (85 %) der befragte Physiotherapeut*innen spricht sich dagegen aus, die Entscheidung über Heilmittel, Dauer und Frequenz weiterhin bei den zuweisenden Ärzt*innen zu belassen. Außerdem wird die separate Vergütung diagnostischer Leistungen als Beitrag zur Qualitätsverbesserung bewertet: 78 % stimmen dieser Aussage für die physiotherapeutische Diagnostik und 66 % für die Bedarfsdiagnostik voll und ganz oder eher zu. Ferner ist ein Großteil der Therapeut*innen der Meinung, dass die Blankoverordnung zur Kosteneffektivität der Versorgung von Schulterpatient*innen beiträgt.

Die Physiotherapeut*innen beschreiben als größtes Problem die unzureichenden Informationen und Widerstände seitens der Ärzteschaft (31 %). Dazu gehören mangelnde Kenntnisse über die Blankoverordnung, die Verweigerung entsprechender Verordnungen, unpassende oder falsche Diagnosen sowie teilweise eine Nutzung zur Umgehung von Budgetbeschränkungen. Weitere Herausforderungen sind strukturelle Rahmenbedingungen, etwa das Ampelsystem und die 16-Wochen-Frist sowie finanzielle Risiken durch unzureichende Vergütung des Mehraufwands und mögliche Absetzungen.

8.3 Ärzt*innenperspektive

*Kompakt: Der Großteil der Ärzt*innen stimmt einer allgemeinen Verbesserung der Versorgungsqualität im Vergleich zur konventionellen Verordnung zu und befürwortet die Übertragung therapeutischer Entscheidungsbefugnisse auf Physiotherapeut*innen.*

Im Rahmen der BEP-Blanko wurde die Ärzt*innenperspektive in Bezug auf die Blankoverordnung erfasst. Insgesamt bewerten die befragten Ärzt*innen die

Blankoverordnung sehr heterogen und bimodal verteilt im Median mit 8 von 10 Punkten (IQR = 6). Hinsichtlich der Haltung zur Blankoverordnung vertreten Ärzt*innen in Teilen sehr konträre Ansichten. Einigkeit besteht jedoch in der Bedeutung der Physiotherapie für die Versorgung von Menschen mit Schulterbeschwerden. 94 % der befragten Ärzt*innen stimmen der Aussage zu, dass Physiotherapie hierbei eine wichtige Rolle einnimmt. Die Einschätzungen der Ärzt*innen zu den weiteren Aspekten der Blankoverordnung fallen heterogen aus, weisen insgesamt jedoch eine Tendenz zugunsten der Blankoverordnung auf. Der Großteil der Befragten stimmt einer allgemeinen Verbesserung der Versorgungsqualität im Vergleich zur konventionellen Verordnung zu. Auch die Übertragung therapeutischer Entscheidungsbefugnisse auf Physiotherapeut*innen wird mehrheitlich befürwortet: 58 % sprechen sich für die Übertragung der Heilmittelauswahl, 55 % für die Festlegung der Behandlungsanzahl und 57 % für die Bestimmung der wöchentlichen Behandlungsfrequenz aus. Einer Ausweitung der Blankoverordnung auf weitere Diagnosegruppen stimmen 57 % zu. Eine Ausweitung auf alle Diagnosegruppen wird allerdings von 52 % abgelehnt.

Die befragten Ärzt*innen schätzen die Kompetenzen der Physiotherapeut*innen im Rahmen der Blankoverordnung als überwiegend sicher ein. 67 % sind der Meinung, dass Physiotherapeut*innen über ausreichend Wissen verfügen. 76 % sind der Meinung, dass Physiotherapeut*innen ausreichend Fähigkeiten zur Behandlung von Patient*innen mit einer Blankoverordnung verfügen. Der Großteil (63 %) der befragten Ärzt*innen hat Vertrauen in die physiotherapeutische Diagnostik. 62 % finden, dass Physiotherapeut*innen auf Basis ihrer Diagnostik sicher in der Entscheidung über vorrangige Heilmittel sind und 55 % sind der Meinung, dass Physiotherapeut*innen sicher über das ergänzende Heilmittel entscheiden können. Die Mehrheit der Ärzt*innen (64 %) stimmen zu, dass Physiotherapeut*innen sicher über die Frequenz der Therapieeinheiten entscheiden können. Bei der Fragestellung der Gesamtanzahl der Behandlungen schätzen 54 % der Befragten Physiotherapeut*innen als sicher ein.

9 Ergebnisqualität

Die Ergebnisse wurden mittels standardisierter Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zu Lebensqualität, Funktion, Schmerz und Bewegungsangst erhoben und werden im Folgenden näher dargestellt.

9.1 Global Rating of Change (GRoC)

Kompakt: Patienten nehmen Verbesserung ihrer Beschwerden während der Behandlung in der Blankoverordnung wahr.

Die globale Einschätzung zur Beschwerdeentwicklung als ein Endpunkt der Behandlungsqualität wurde sowohl in der Studie EvaBVO PT als auch BEP-Blanko über

verschiedene standardisierte Messinstrumente (GPC [11] bzw. GROC [13], siehe Kapitel 3.2) erfasst. Beide Messinstrumente erfassen die durch den*die Patient*in wahrgenommene Veränderung am Ende der Behandlung im Vergleich zu Beginn dieser. Durch unterschiedliche Skalen ist die Synthese beider Studienergebnisse eingeschränkt möglich, weshalb zunächst eine getrennte Darstellung erfolgt.

Bei der EvaBVO PT beurteilen die Patient*innen den globalen Behandlungserfolg (Global Perceived Change, GPC). Die allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlung wurde im Mittel mit +4,4 Punkten bewertet. Die Veränderung der Schulterproblematik im Vergleich vor und nach der Behandlung mit der Blankoverordnung wurde im Mittel mit +3,8 Punkten angegeben. Im Rahmen der querschnittlichen Ergebnismessung in der Studie BEP-Blanko lag zum Zeitpunkt des Behandlungsendes der Mittelwert des Global Ratings of Change (GROC) bei den Teilnehmenden, die eine Blankoverordnung erhalten haben, bei 3,0 Punkten. Beide Ergebnisse deuten auf eine wahrgenommene Verbesserung von Seiten der Patient*innen hin.

Nach Behandlungsabschluss geben knapp 79 % der Patient*innen der Studie BV-DokuThera geringere oder sehr viel geringere Beschwerden an. Erste Auswertungen sechs Monate nach Behandlungsende zeigen, dass knapp 82 % der Patient*innen geringere oder sehr viel geringere Beschwerden angeben.

9.2 Shoulder Pain and Disability Index (SPADI)

*Kompakt: Schulterschmerzen und funktionellen Einschränkungen im Alltag werden im Behandlungsverlauf bei Patient*innen mit Blankoverordnung gemindert.*

Der SPADI (Shoulder Pain and Disability Index) [14] erfasst das Ausmaß von Schulterschmerzen und funktionellen Einschränkungen im Alltag. Der Gesamtscore sowie die Subskalen Schmerz und Funktion reichen jeweils von 0 bis 100 Punkten. Niedrigere Werte entsprechen geringeren Schmerzen und geringeren Funktionseinschränkungen.

Der SPADI-Gesamtscore verringerte sich in der EvaBVO PT im Mittel um 27,3 Punkte, was einer statistisch signifikanten Verbesserung entspricht. Da niedrigere SPADI-Werte einen besseren Gesundheitszustand anzeigen, weist diese Veränderung auf eine deutliche Verbesserung der Beschwerden und funktionellen Einschränkungen hin. Die durchschnittliche Verbesserung überstieg zudem die minimale klinisch relevante Differenz von 14 Punkten deutlich. Auch in den Subskalen Schmerz und Behinderung zeigten sich statistisch signifikante Verbesserungen mit großen Effektstärken. Ähnliche Ergebnisse konnten in der Studie BV-DokuThera ermittelt werden. Es zeigte sich im Behandlungsverlauf eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik und der funktionellen Einschränkungen. Der mittlere SPADI-Schmerzscore sank von 59,54 auf 31,45, während sich der mittlere SPADI-Funktionsscore von 48,87 auf 23,60 verringerte.

Bei den Teilnehmenden der Studie BEP-Blanko wurde der SPADI einmalig nach Behandlungsabschluss erfasst. Dabei lag der Mittelwert bei 34,9 Punkten in der Subskala Schmerz und bei 23,9 Punkten in der Subskala Funktion. Der Gesamtscore betrug 29,4 Punkte.

9.3 EQ-5D

Kompakt: Statistisch signifikante Verbesserungen zeigen sich im Bereich gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D) [9] zeigte sich eine statistisch signifikante Verbesserung in der EvaBVO PT. Der Gesamtscore, bei dem niedrigere Werte eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität anzeigen, verringerte sich im Mittel um 2,0 Punkte. Bereits zu Behandlungsbeginn lag der durchschnittliche Wert mit 10,2 Punkten unterhalb der Skalenmitte von 15 Punkten (Skalenbereich: 5-25), was auf eine gute gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patient*innen bereits vor der Behandlung hindeutet. Auch der allgemeine Gesundheitszustand, der auf einer Skala von 0 bis 100 erfasst wird und bei dem höhere Werte einen besseren Gesundheitszustand anzeigen, verbesserte sich statistisch signifikant.

9.4 Tampa-Skala

*Kompakt: Die Bewegungsangst der Patient*innen verbessert sich.*

Für die Tampa-Skala [10] zeigt ein sinkender Wert eine Verringerung der Bewegungsangst und damit eine Verbesserung an. Im Rahmen der Untersuchung konnte eine statistisch signifikante Verbesserung des Gesamtscores festgestellt werden. Dieser sank im Durchschnitt von 21,7 auf 18,4 Punkte, was einer Verbesserung um 3,3 Punkte entspricht. Auch in den beiden Subskalen „Somatischer Fokus“ und „Aktivitätsvermeidung“ zeigten sich statistisch signifikante Verbesserungen um durchschnittlich 2,0 beziehungsweise 1,2 Punkte. Da für die Tampa-Skala bislang kein Schwellenwert für eine minimal klinisch relevante Veränderung vorliegt, lässt sich nicht abschließend beurteilen, inwieweit die festgestellten Verbesserungen auch klinisch bedeutsam sind. Bereits vor Behandlungsbeginn lag die durchschnittliche Bewegungsangst der Patient*innen mit 21,7 Punkten unterhalb der Skalenmitte von 27,5 Punkten, was auf eine insgesamt eher geringe Bewegungsangst zu Beginn der Behandlung hindeutet.

10 Zusammenfassung

Der vorliegende Zwischenbericht liefert erste Erkenntnisse zur Entwicklung und Umsetzung der Blankoverordnung in der Physiotherapie. Die Auswertungen der GKV-HIS-Daten (Kapitel 5) zeigen eine zunehmende Inanspruchnahme der neuen Versorgungsform sowie einen Anstieg der Behandlungseinheiten und Ausgaben im Bereich der Schultererkrankungen. Dabei ergibt sich aufgrund von Vergütungsanpassungen, zusätzlichen Leistungspositionen, methodischen Verzerrungen und möglichen Substitutionseffekten ein großer Interpretationsspielraum. Aussagen zu den finanziellen Gesamtwirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung sind auf dieser Datengrundlage nicht möglich (siehe Kapitel 6).

Die wissenschaftlichen Evaluationsstudien (Kapitel 7 bis 9) ergänzen die Abrechnungsdaten um Erkenntnisse zur Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Ergebnisse zeigen eine Abnahme der Schmerzintensität und eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit. Die mittels des SPADI erfassten Verbesserungen überschritten die minimale klinisch relevante Differenz. Darüber hinaus wurden statistisch signifikante Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Bewegungsangst festgestellt. Auch die subjektive Einschätzung des Behandlungserfolgs durch die Patient*innen fiel positiv aus. Erste Nachbeobachtungsdaten weisen darauf hin, dass sich die Verbesserungen auch nach Abschluss der Behandlung fortsetzen können.

Hinsichtlich der Versorgungsgestaltung zeigen die Untersuchungen, dass Physiotherapeut*innen die erweiterten therapeutischen Handlungsspielräume nutzen. Die neuen Leistungspositionen der physiotherapeutischen Diagnostik und Bedarfsdiagnostik werden in Anspruch genommen und überwiegend positiv bewertet. Zudem kommen unterschiedliche Heilmittelkombinationen und Therapieinhalte zum Einsatz. Die Behandlungen der an den Studien teilnehmenden Physiotherapeut*innen erfolgen überwiegend innerhalb der vorgesehenen grünen Ampelphase.

Die Durchführung der Blankoverordnung geht zugleich mit Veränderungen des organisatorischen Aufwands einher. Während Physiotherapeut*innen einen erhöhten Aufwand berichten, wird dieser auf der verordnenden Seite als geringer eingeschätzt. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird von beiden Berufsgruppen als wichtig angesehen, zugleich jedoch als ausbaufähig beschrieben. Eine Erweiterung der Blankoverordnung auf weitere Diagnosegruppen wird von einem Großteil der befragten Physiotherapeut*innen und Ärzt*innen befürwortet.

Zusammenfassend liefern die bisherigen Untersuchungen wichtige Erkenntnisse zur Umsetzung und Qualität der neuen Versorgungsform. Für eine umfassende Bewertung ihrer Auswirkungen ist die gemeinsame Betrachtung von Abrechnungsdaten und wissenschaftlichen Evaluationsergebnissen erforderlich.

11 Ausblick

Aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums und der methodischen Einschränkungen der vorliegenden Untersuchungen sind weiterführende wissenschaftliche und gesundheitsökonomische Analysen erforderlich, um die langfristigen Auswirkungen der neuen Versorgungsform umfassend beurteilen zu können.

Zukünftige Studien sollten insbesondere kontrollierte Studiendesigns mit geeigneten Vergleichsgruppen, diagnosespezifische Auswertungen sowie längerfristige Nachbeobachtungen berücksichtigen. Dadurch könnten sowohl die Wirksamkeit der Blankoverordnung im Vergleich zur konventionellen Heilmittelversorgung als auch die Nachhaltigkeit der beobachteten klinischen Verbesserungen untersucht werden. Darüber hinaus sollten mögliche Veränderungen der Behandlungsmengen und die finanziellen Auswirkungen sektorenübergreifend betrachtet werden, um potenzielle Substitutions- und Verlagerungseffekte innerhalb der Gesundheitsversorgung zu identifizieren. Eine sektorenübergreifende Betrachtung der finanziellen Auswirkungen wird für den Abschlussbericht gemäß § 125a Abs. 6 S. 1 SGB V empfohlen.

Der Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) fördert mit BORIS, BLANKOCARE und Blanko-4P drei Forschungsprojekte zur wissenschaftlichen Evaluation der Blankoverordnung in der Heilmittelversorgung. Die Projekte beginnen planmäßig im Jahr 2027 und haben eine Laufzeit von jeweils drei Jahren. Während BLANKOCARE voraussichtlich im Dezember 2029 abgeschlossen wird, ist das Projektende von BORIS und Blanko-4P für März 2030 vorgesehen. Die Ergebnisse dieser Forschungsprojekte werden somit erst zu einem späteren Zeitpunkt für eine weiterführende Bewertung der Versorgungs- und Ergebnisqualität zur Verfügung stehen. Die kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung ist eine wesentliche Voraussetzung, um die Auswirkungen der Blankoverordnung differenziert zu bewerten und mögliche Weiterentwicklungsbedarfe zu identifizieren. Die gewonnenen Erkenntnisse können damit eine Grundlage für die zukünftige Ausgestaltung der Versorgungsform sowie eine mögliche Erweiterung auf weitere Indikationsbereiche bilden.

12 Literatur

[1] GKV-Spitzenverband. HIS-Berichte zur Blankoverordnung [Internet]. Berlin: GKV-Spitzenverband; 2026 [aktualisiert am 27.03.2026; zitiert am 22.10.2026]. Verfügbar unter: https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/his_berichte_blankoverordnung/his_berichte_blankoverordnung.jsp

[2] Butzer H. § 125a SGB V – Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung. In: Becker U, Kingreen T, Herausgeber. SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar. 9. Aufl. München: C.H. Beck; 2024. S. 1559–1568, Rn. 25.

[3] Jarck, A., Lüdtke, K., Bahns, C., Kopkow, C., & Elsner, B. (2026). Evaluation der Blankoverordnung (EvaBVO PT): Abschlussbericht

[4] Heldmann Patrick, Altrichter Adina, Henning Daria, Meiss Nicolas, Mentler Tilo, Karstens Sven, Grüneberg Christian, Ehrenbrusthoff Katja. Evaluation der Umsetzung der Blankoverordnung in der Physiotherapie (BEP-Blanko): Erste Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Patient*innen. Forschungssymposium Physiotherapie: Bochum; 2026 (als Beitrag angenommen, aktuelle Zwischenergebnisse).

[5] Karstens Sven, Mentler Tilo, Kroll Anne, Kraus Maik, Ehrenbrusthoff Katja, Heldmann Patrick, Grüneberg Christian. Umsetzung der Blankoverordnung in der physiotherapeutische Versorgung von Patient:innen mit Schulterbeschwerden (BV-DokuThera). Ein explorativer Zwischenbericht. Forschungssymposium Physiotherapie: Bochum; 2026 (als Beitrag angenommen, aktuelle Zwischenergebnisse).

[6] Ehrenbrusthoff K, Braun T, Bahns C, Happe L, Kopkow C. Adherence to evidence-based practice across healthcare professionals in Germany: results from a cross-sectional, nationwide survey. BMC Health Serv Res 2022; 22(1):1285.

[7] Stegmann S, van Dick R, Ullrich J, Charalambous J, Menzel B, Egold N et al. Der Work Design Questionnaire. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O 2010; 54(1):1–28.

[8] Thoomes-de Graaf M, Scholten-Peeters GGM, Duijn E, Karel Y, Koes BW, Verhagen AP. The Dutch Shoulder Pain and Disability Index (SPADI): a reliability and validation study. Qual Life Res 2015; 24(6):1515–9.

[9] Ludwig K, Graf von der Schulenburg J-M, Greiner W. German Value Set for the EQ-5D-5L. Pharmacoeconomics 2018; 36(6):663–74.

[10] Monticone M, Ambrosini E, Rocca B, Foti C, Ferrante S. Responsiveness and minimal clinically important changes for the Tampa Scale of Kinesiophobia after lumbar fusion during cognitive behavioral rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med 2017; 53(3):351–8.

[11] Bobos P, Ziebart C, Furtado R, Lu Z, MacDermid JC. Psychometric properties of the global rating of change scales in patients with low back pain, upper and lower extremity disorders. A systematic review with meta-analysis. J Orthop 2020; 21:40–8

[12] Altrichter Adina, Henning Daria, Meiss Nicolas, Mentler Tilo, Karstens Sven, Heldmann Patrick, Ehrenbrusthoff Katja, Grüneberg Christian. Evaluation der Umsetzung der Blankoverordnung in der Physiotherapie: Entwicklung und Validierung eines Patient-Reported Experience Measure (PREMBV). Forschungssymposium Physiotherapie: Bochum; 2026 (als Beitrag angenommen).

[13] Bobos P, MacDermid J, Nazari G et al. Psychometric properties of the global rating of change scales in patients with neck disorders: a systematic review with metaanalysis and meta-regression. BMJ open 2019; 9: e033909. doi:10.1136/bmjopen-2019-033909

[14] F. Angst, J. Goldhahn, G. Pap, A. F. Mannion, K. E. Roach, D. Siebertz, S. Drerup, H. K. Schwyzer, B. R. Simmen, Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the German Shoulder Pain and Disability Index (SPADI), Rheumatology, Volume 46, Issue 1, January 2007, Pages 87–92, https://doi.org/10.1093/rheumatology/kel040

[15] GKV-Spitzenverband. Glossar zum GKV-Heilmittelinformationssystem (GKV-HIS) [Internet]. Berlin: GKV-Spitzenverband; [zitiert am 22.10.2026]. Verfügbar unter: https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/erlaeuterungen/glossar/glossar_1.jsp

[16] GKV-Spitzenverband. Anlage 2: Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125a Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung. Lesefassung gültig ab 01.01.2026 [Internet]. Berlin: GKV-Spitzenverband; 2025 [zitiert am 23.10.2026]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_nach_125a/physio/anlagen_blanko_physio/20251211_Physiotherapie_Vertrag_125a_Anlage_2_barrierefrei.pdf

[17] GKV-Spitzenverband. Langfristiger Heilmittelbedarf und besonderer Verordnungsbedarf: Zeit für eine kritische Neubewertung. 90 Prozent – Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes [Internet]. 2026 Jul [zitiert am 23.10.2026]; Ausgabe 48. Verfügbar unter: https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/48/meldungen/48_langfristigerheilmittelbedarf/48_langfristigerheilmittelbedarf.html

[18] Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellbogenchirurgie e.V., Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V., Herausgeber. Subacromiales Impingment. 1. Aufl./Version 1.0; 2021 [zitiert am 26.10.2026] Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/033-056l_S2e_subacromiales_Impingement_2021-12_01.pdf

[19] Deutsche Rentenversicherung Bund. Rehabilitation 2022. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 228. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2023 [zitiert

am 21.10.2026]. Verfügbar unter: https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/statistikbaende/documents/Rehabilitation_2022.pdf

[20] Deutsche Rentenversicherung Bund. Rehabilitation 2023. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 231. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2024 [zitiert am 21.10.2026]. Verfügbar unter: https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/statistikbaende/documents/Rehabilitation_2023.pdf

[21] Deutsche Rentenversicherung Bund. Rehabilitation 2024. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 234. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2025 [zitiert am 21.10.2026]. Verfügbar unter: https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/statistikbaende/documents/Rehabilitation_2024.pdf

[22] Deutsche Rentenversicherung Bund. Rehabilitation 2025. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 237. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2026 [zitiert am 21.10.2026]. Verfügbar unter: https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/statistikbaende/documents/Rehabilitation_2025.pdf