



Entlastung braucht Leitplanken

Die Blankoverordnung soll Arztpraxen von Detailentscheidungen entlasten. Der Heilmittel-Report 2026 zeigt jedoch: Wo Therapeuten Frequenz und Menge selbst festlegen, steigen die Ausgaben mitunter deutlich – der Patientennutzen ist dagegen noch nicht belegt.

Von Frank Brunner

Für Haus- und Facharztpraxen kann die Blankoverordnung ein entlastendes Instrument sein: Die ärztliche Diagnose bleibt der Ausgangspunkt, die konkrete therapeutische Ausgestaltung wird stärker in die Heilmittelpraxis verlagert. Das kann Verordnungsprozesse vereinfachen.

Der Heilmittel-Report 2026 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO) macht jedoch deutlich, dass diese Entlastung nur dann nützt, wenn die Spielräume wirtschaftlich genutzt werden und sich der Nutzen nachweisen lässt.

Die GKV-Ausgaben für Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie Podologie lagen 2024 bei knapp 13,3 Milliarden Euro. Zehn Jahre zuvor waren es 6,1 Milliarden Euro. Für 2025 weist die GKV-Statistik bereits 14,7 Milliarden Euro aus. Auch 2026 setzt sich der Trend fort: Nach aktuellen AOK-Daten stiegen die Heilmittelausgaben im ersten Quartal um 8,7 Prozent.

Verantwortlich für die Ausgabensteigerungen der vergangenen Jahre sind unter anderem eine bundesweite Angleichung des Vergütungsniveaus für die Leistungserbringer im Jahr

2019 und die Entkopplung der Vergütung von der Entwicklung der Grundlohnsumme in den Folgejahren.

Zuletzt stand aber auch die 2024 eingeführte Blankoverordnung besonders im Blick. Nach der ärztlichen Diagnose entscheiden Therapeuten eigenständig über Heilmittel, Behandlungsfrequenz und Behandlungsmenge.

KURZFRISTIGE MENGENBEGRENZUNG

AOK-Vorstandsvorsitzende Carola Reimann bewertet diese stärkere Verantwortung grundsätzlich positiv: „Grundsätzlich halten wir es für sinnvoll, dass die Therapeutinnen und Therapeuten mehr Verantwortung übertragen bekommen. Das ist der richtige Weg.“ Zugleich betont sie, dass mit der Therapiefreiheit auch ein sorgfältiger Umgang mit Beitragsmitteln und Therapiezeit verbunden sein müsse.

Die bisherigen Daten zeigen vor allem in der Physiotherapie bei Schulterbeschwerden eine starke Dynamik. Blankoverordnungen machten 2025 zwar nur 2,4 Prozent aller physiotherapeutischen Verordnungen aus, erreichten aber bereits einen



Bei Kindern bis einschließlich 14 Jahren machen Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie Ergotherapie den größten Anteil bei den abgerechneten Heilmitteln aus. Bei Erwachsenen hingegen liegt die Physiotherapie vorne.

Umsatzanteil von 4,5 Prozent. Im vierten Quartal 2025 war im blankofähigen Schulterbereich jede zweite Verordnung eine Blankoverordnung. Die Kosten je Verordnung lagen dort im Durchschnitt bei 714 Euro; bei ärztlichen Regelverordnungen waren es 214 Euro.

Helmut Schröder, Geschäftsführer des WiO und Mitherausgeber des Reports, ordnet diesen Abstand vor allem über Menge und Frequenz ein: Bei Blankoverordnungen werde länger und häufiger behandelt als bei Regelverordnungen. Stichproben deuteten zudem darauf hin, dass Patienten in diesem Bereich vielfach keine anderen Behandlungskonzepte erhalten, sondern „die gleiche Therapie öfter“.

Reimann zieht daraus nicht den Schluss einer Absage an die Blankoverordnung, wohl aber eine Forderung nach Leitplanken. Eine Ausweitung auf weitere Diagnosen sei aus ihrer Sicht erst vertretbar, wenn Evaluationen bessere Outcomes, geringere Chronifizierungsrisiken oder Effizienzgewinne zeigen. Kurzfristig hält sie Mengenbegrenzungen für nötig, um Wirtschaftlichkeit zu sichern und zu vermeiden, dass therapeutische Kapazitäten an anderer Stelle fehlen.

PHYSIOTHERAPIE DOMINIERT DEN HEILMITTELMARKT

2024 entfielen 82,4 Prozent aller Heilmittelverordnungen und 69,7 Prozent des Umsatzes auf den Bereich der Physiotherapie. Zugleich steigt die Inanspruchnahme mit dem Lebensalter stark an. Bei AOK-versicherten Heilmittelpatienten hat sich zudem die Zahl der Verordnungen für langfristigen Heilmittelbedarf seit 2017 nahezu verfünffacht. Zusammen mit dem besonderen Ordnungsbedarf entfiel 2025 etwa die Hälfte der AOK-Heilmittelkosten auf diese beiden Verordnungsarten.

Neben der Kostenfrage verweist der Report auf fehlende Transparenz über Qualität (siehe Interview mit Prof. Christian Kopkow auf Seite 56). Aus Sicht der AOK fehlt bislang an vielen Stellen eine belastbare Datengrundlage, um beurteilen zu

können, wie wirksam Heilmitteltherapien im Versorgungsalltag eingesetzt werden. Schröder sieht dafür auch Routinedaten der Krankenkassen als Ansatz. Ohne zusätzliche Dokumentationspflichten könnten sie Hinweise liefern, ob Patientengruppen die fachlich empfohlene Versorgung erhalten. Solche Analysen könnten, so WiO-Chef Helmut Schröder, „mehr Licht in die Qualität der Heilmittelversorgung“ bringen.



Der Heilmittel-Report 2026 steht kostenfrei zum Download bereit unter: www.wido.de. Oder einfach QR-Code scannen.



DIE PRAXIS-SERIE

Lesen Sie am 6. August:

Die elektronische Patientenakte wird Schritt für Schritt erweitert – aktuell um den Elektronischen Medikationsplan. Wie Patientinnen und Patienten solche Ergänzungen sehen, beleuchtet eine aktuelle Forsa-Befragung.

Kontakt: Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.



„Wir sind noch im Blindflug“

Christian Kopkow über Qualitätslücken in der Heilmittelversorgung, Leitlinien im Alltag, die Schnittstelle zur Arztpraxis und mehr therapeutische Verantwortung.

Das Interview führte Frank Brunner

Herr Professor Kopkow, der Heilmittel-Report 2026 beschreibt deutlich steigende Ausgaben, richtet den Blick aber auch auf die Qualität. Wo liegen aus Ihrer Sicht derzeit die wichtigsten Defizite?

Die Kostenfrage ist natürlich relevant, wenn die Ausgaben deutlich steigen. Sie sagt aber noch nicht, ob eine Versorgung gut ist und ob Patientinnen und Patienten tatsächlich profitieren. Für die Physiotherapie können wir derzeit nur sehr begrenzt sagen, wie gut Versorgung ist. Es gibt Strukturvorgaben, etwa zu Räumen oder bestimmten Zertifikatsleistungen. Aber daraus folgt noch nicht automatisch eine gute Ergebnisqualität.

Wir wissen oft, dass eine Behandlung stattgefunden hat und was abgerechnet wurde. Wir wissen aber viel zu wenig darüber, was in der Therapie konkret passiert und wie sich Patientinnen und Patienten danach entwickeln. Gerade bei Rückenschmerzen bessert sich vieles nach einigen Wochen auch ohne intensive Intervention. Dann fehlt der Ver-

gleich: Wurde es wegen der Behandlung besser oder trotz Behandlung? Wenn man Qualität als Zusammenspiel von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität versteht, ist vor allem die Ergebnisqualität der große blinde Fleck. Da sind wir noch im Blindflug.

Welche Daten wären nötig, um diesen Blindflug zu beenden?

Wir brauchen stärker patientenseitig erfasste Outcomes. Das können standardisierte Fragebögen sein, die Funktion, Schmerz, Lebensqualität, Teilhabe oder den Umgang mit Beschwerden erfassen. Solche Instrumente sind nicht perfekt, aber wissenschaftlich besser geworden. Wichtig ist, dass sie zur Erkrankung passen und wiederholt eingesetzt werden, damit man Verläufe sieht. Bei Kreuzschmerz wäre es aufschlussreich zu sehen, wie sich Patientinnen und Patienten entwickeln. Diese Informationen könnte man mit Routinedaten verbinden: Wurden später weniger Schmerzmittel verordnet, gab es weni-



Prof. Christian Kopkow ist Physiotherapeut und Professor für Physiotherapie an der Brandenburgischen TU Cottbus-Senftenberg. Er forscht unter anderem zu evidenzbasierter Physiotherapie.

ger Facharztkontakte, wurde eine Operation vermieden? Routinedaten sind wertvoll, weil sie ohnehin vorliegen. Aber sie zeigen nicht, was in der Behandlung inhaltlich passiert ist und welches Ergebnis Patientinnen und Patienten berichten. Für Ergebnisqualität aus Patientensicht braucht man ergänzende Daten. Das müsste möglichst aufwandsarm organisiert werden, etwa digital über QR-Codes, Tablets oder Portale, die Patientinnen und Patienten selbst nutzen. Qualitätsmessung sollte helfen, Versorgung besser zu verstehen und gezielter zu steuern.

Leitlinien gelten als wichtiges Instrument für bessere Versorgung. Warum kommen sie im therapeutischen Alltag nur begrenzt an?

In der Medizin gibt es Fachzeitschriften, Kongresse, Kammern und berufsrechtliche Strukturen, über die solche Informationen eher systematisch laufen; in der Physiotherapie fehlt beispielsweise eine Kammer und wissenschaftlich ausgerichtete Kongresse existieren vergleichsweise auch erst kurze Zeit. Hinzu kommt, dass der Beruf in Deutschland überwiegend fachschulisch ausgebildet wird. Wissenschaftlichkeit, Leitlinienverständnis und die evidenzbasierte Praxis sind dort traditionell weniger stark verankert als im Studium. Viele Therapeutinnen und Therapeuten beziehen ihr Wissen aus der Ausbildung, aus Fortbildungen, von Kolleginnen und Kollegen oder aus eigener Erfahrung. Das erklärt teilweise auch, warum Leitlinien nicht automatisch im Alltag ankommen. Problematisch wird es insbesondere dann, wenn Anwendungen weiterlaufen, die in Leitlinien nicht mehr empfohlen werden. Bei Arthrose wurde beispielsweise Elektrotherapie früher anders bewertet als in aktuellen Empfehlungen. Solche Veränderungen merkt man nur, wenn Leitlinien genutzt werden.

Warum ist es so schwierig, nicht mehr empfohlene Praktiken zu streichen?

Menschen arbeiten mit Verfahren, die sie kennen und mit denen sie Erfahrungen gemacht haben. Manche sagen: Bei meinen Patientinnen und Patienten hat das geholfen. Leitlinien lassen im Einzelfall auch begründete Abweichungen zu. Zugleich gibt es Routinen, Erwartungen und auch ökonomische Gründe. Wer seit 20 Jahren eine bestimmte Anwendung nutzt, hört nicht von einem Tag auf den anderen damit auf, nur weil sie in einer Leitlinie nicht mehr empfohlen wird. Deshalb ist es schwierig, solche Verfahren aus der Versorgung herauszubekommen. Verhaltensänderung braucht Zeit, und Versorgung muss Schritt für Schritt an den besten verfügbaren Wissensstand angepasst werden.

Wo gehen an der Schnittstelle zwischen Arztpraxis und Heilmittelpraxis Informationen verloren?



Die Rückmeldungen zwischen Heilmittelpraxis und Arztpraxis sollten standardisierter werden.

Der klassische Weg ist: Die Patientin oder der Patient bekommt eine ärztliche Verordnung, geht in eine frei gewählte Praxis, wird dort behandelt, und manchmal wird ein Therapiebericht angefordert und zurückgeschickt. Was in diesem Bericht steht, ist sehr unterschiedlich. Es fehlen verbindliche Standards dafür, welche Angaben zu Therapiezielen, Befund, Verlauf und Ergebnis enthalten und wie diese erhoben und dokumentiert sein sollten. Für die verordnende Praxis wäre aber genau das hilfreich: Was wurde gemacht, wie intensiv, wie hat sich die Symptomatik entwickelt, gibt es Hinweise für eine Folgeverordnung oder für eine andere Versorgung?

Auch Routinedaten können an dieser Schnittstelle helfen. Wie Helmut Schröder vom WiDO bei der Vorstellung des Heilmittel-Reports 2026 gezeigt hat, bekommt mit anhaltenden Rückenschmerzen und mindestens vierwöchiger Arbeitsunfähigkeit nicht einmal jeder Zweite Physiotherapie verordnet. Das zeigt: Auch auf ärztlicher Seite gibt es Ansatzpunkte, Versorgung leitliniengerechter zu machen.

Die Blankverordnung gibt Therapeuten mehr Eigenverantwortung. Was folgt daraus für Qualität?

Die Blankverordnung im Schulterbereich wurde in der Physiotherapie vielfach als Schritt zu mehr therapeutischer Eigenverantwortung wahrgenommen. Entscheidend ist aus meiner Sicht, die Erfahrungen systematisch auszuwerten. Man sollte darauf schauen, ob Patientinnen und Patienten tatsächlich profitieren – etwa bei Funktion, Beschwer-

den und Teilhabe. Wenn über eine Weiterentwicklung solcher Modelle gesprochen wird, braucht es dafür nachvollziehbare Qualitätskriterien.

Welche Rolle spielt die Ausbildung der Heilmittelbringer?

Wenn Aufgaben und Verantwortung wachsen, muss man fragen, welche Kompetenzen dafür nötig sind. Beim Direktzugang zeigen Untersuchungen, dass die erforderlichen Kompetenzen eher auf Bachelor-Niveau liegen. Die heutige fachschulische Ausbildung bildet das nicht in allen Bereichen ab. Deshalb braucht es eine politische Klärung: Welche Rolle sollen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten künftig haben? Welche Aufgaben bleiben ärztlich gesteuert, wo entsteht mehr Eigenverantwortung? Daraus müssten Berufsgesetze, Curricula und Versorgungsmodelle abgeleitet werden. Wenn mehr Verantwortung, Forschungskompetenz und evidenzbasierte Steuerung gewünscht sind, wird es mehr hochschulische Qualifikation brauchen.

Gleichzeitig lässt sich ein großes Versorgungssystem nicht über Nacht umbauen. Es braucht Übergangsphasen, ausreichend Studienkapazitäten und möglicherweise differenzierte Rollenmodelle. Wichtig ist, nicht abstrakt über Quoten zu sprechen, sondern über Aufgaben: Wer soll welche Patientinnen und Patienten mit welcher Verantwortung versorgen?

Was wäre kurzfristig machbar, um die Qualität im Alltag zu verbessern?

Kurzfristig sehe ich vor allem Potenzial darin, Leitlinien besser in die Versorgung zu bringen – und zwar an beide Seiten: an Ärzte, die verordnen, und an Therapeuten, die behandeln. Ergänzend sollten digitale Prozesse genutzt werden, um einfache Verlaufs- und Ergebnisinformationen möglichst aufwandsarm zu erfassen. Auch die Rückmeldungen zwischen Heilmittelpraxis und Arztpraxis sollten standardisierter werden. Das löst nicht alle Strukturfragen, wäre aber ein Schritt heraus aus der Blackbox. Am Ende geht es darum, knappe Ressourcen so einzusetzen, dass Patienten nachweisbar profitieren.

Vielen Dank für das Gespräch!