



Seminararbeit

IU – Internationale Hochschule, Erfurt

M. A. Gesundheitsmanagement

Der Arbeitsmarkt in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in Deutschland

Stefan Reck



Betreuungsperson: [REDACTED]

Abgabedatum: [REDACTED]

## Genderhinweis

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf gendergerechte Sprache verzichtet. *Die Arbeit ist im generischen Femininum verfasst*, da sich knapp 80% der Berufsträgerinnen in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie mit dem weiblichen Geschlecht identifizieren. Die Arbeit richtet sich an Menschen aller biologischen und sozialen Geschlechtsidentitäten gleichermaßen.

## Danksagungen

[REDACTED]  
[REDACTED] Des Weiteren danke ich meinem lieben Freund, dem Berufsaktivisten *Olav Gerlach*, für seine großartigen Bemühungen bei der Verbreitung meines Fragebogens, der Hilfe bei der Suche nach institutionellen Quellen sowie seiner Einschätzung bezüglich einer gelungenen Struktur der Arbeit. Außerdem meiner Kollegin *Beate Bollmann* für ihre konstruktiven Vorschläge bei Formulierungen der Arbeit, sowie für die Überprüfung einiger Berechnungen.

Abschließend danke ich dem *BED e.V.* sowie *LOGO Deutschland e.V.* für ihren Mitgliederaufruf zur Teilnahme an meinem Fragebogen und den *572 Teilnehmerinnen*, die für eine beeindruckende und außergewöhnlich große Stichprobe gesorgt haben.

## **Zusammenfassung**

Mehr als 300.000 Menschen arbeiten in der Heilmittelbranche in Deutschland als staatlich anerkannte Physiotherapeutinnen, Ergotherapeutinnen oder Logopädinnen. 80% davon sind Frauen.

Die vorliegende Arbeit versucht, unter Zuhilfenahme einer empirischen Untersuchung, die bestehende Krise auf diesem Arbeitsmarkt aufzuzeigen und sie realistischer darzustellen, als es bisher von staatlicher oder privater Seite gelungen ist. Sie macht auf einen bestehenden Interpunktionskonflikt aufmerksam der zeigt, dass die schlechten Möglichkeiten der Berufsgestaltung wie ein Katalysator auf die zunehmende Berufsflucht wirkt, die den Fachkräftemangel verschärft, der die Ausübung des Berufs weiter erschwert und so fort.

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zeigen auf, dass dieser Prozess bereits fortgeschritten ist und schwere Beeinträchtigungen der wirtschaftlichen Situation der ambulanten Therapiepraxen zur Folge hat.

*Schlüsselwörter: Arbeitsmarkt, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Fachkräftemangel, Berufsflucht*

## **Abstract**

More than 300,000 people work in the therapeutic industry in Germany as licensed physiotherapists, occupational therapists, or speech therapists. 80% of them are women.

The present work attempts, with the help of an empirical study, to highlight the existing crisis in this labor market and to portray it more realistically than has been achieved by the state or private sector so far. It draws attention to an existing punctuation conflict that shows that the poor opportunities for professional development act like a catalyst on the increasing job evasion, which exacerbates the shortage of skilled workers, which further complicates the practice of the profession and so on.

The results of the empirical study indicate that this process is already advanced and has led to serious impairments of the economic situation of ambulatory therapeutic offices.

*Keywords: Labour market, physiotherapy, occupational therapy, speech therapy, shortage of skilled workers, job evasion*

## Inhaltsverzeichnis

### Abbildungsverzeichnis

### Abkürzungsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Die Heilmittelberufe in Deutschland</b> .....	<b>3</b>
2.1 Hinweise zur Darstellung der Erfassung von Berufen.....	5
2.2 Physiotherapie.....	5
2.2.1 Beschäftigungszahlen Physiotherapie.....	6
2.2.2 Weitere Kennzahlen und Berufspolitik.....	6
2.3 Ergotherapie.....	7
2.3.1 Beschäftigungszahlen Ergotherapie.....	7
2.2.3 Weitere Kennzahlen und Berufspolitik.....	8
2.4 Logopädie.....	9
2.4.1 Beschäftigungszahlen Logopädie.....	9
2.4.2 Weitere Kennzahlen und Berufspolitik.....	10
2.5 Abgrenzung/verwandte Berufe.....	10
2.6 Ausbildungssituation in Deutschland.....	11
<b>3. Der Arbeitsmarkt in Deutschland</b> .....	<b>14</b>
3.1 Erwerbstätige insgesamt.....	14
3.2 Erwerbstätige im Gesundheitswesen.....	15
3.3 Erwerbstätige in den PEL-Berufen.....	15
3.3.1 Fachkräftemangel.....	16
<i>Exkurs „Branchenmonitoring Rheinland-Pfalz“</i> .....	17
3.3.2 Allgemeine Faktoren für den Fachkräftemangel.....	18
3.3.3 Katalysatoren für den Fachkräftemangel in den Heilmittelberufen.....	20
<i>Exkurs „WAT“ und „LOTSE“</i> .....	21
<b>4. Untersuchung</b> .....	<b>26</b>

4.1 Hypothesen.....	26
4.2 Methodische Vorgehensweise.....	26
4.3 Aufbau des Fragebogens.....	27
4.4 Zielgruppe und Stichprobenbildung.....	28
4.5 Ergebnisdarstellung.....	29
4.5.1 Herkunft der Teilnehmerinnen.....	29
4.5.2 Arbeit & Arbeitszeit / <b>H1</b> .....	30
4.5.3 Offene Stellen / <b>H2</b> .....	32
4.5.4 Berufsfucht / <b>H3</b> .....	34
4.5.5 Wirtschaftliche Situation / <b>H4</b> .....	36
<b>5. Diskussion, Limitation und kritische Aspekte der Arbeit.....</b>	<b>38</b>
5.1 Wochenarbeitszeit / <b>H1</b> .....	38
5.2 Arbeitsmarkt = Arbeitnehmerinnenmarkt / <b>H2</b> .....	38
5.3 Berufsfucht / <b>H3</b> .....	39
5.4 Die wirtschaftliche Situation der Praxen / <b>H4</b> .....	40
<b>6. Fazit und Ausblick.....</b>	<b>41</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	
<b>Anhang</b>	
<b>Eidesstattliche Erklärung</b>	

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organigramm der nichtärztlichen Medizinialfachberufe.....	3
Abbildung 2: Berufsträgerinnen/sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Physiotherapie.....	6
Abbildung 3: Berufsträgerinnen/sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Ergotherapie.....	8
Abbildung 4: Berufsträgerinnen/sozialversicherungspflichtig Beschäftigte Logopädie.....	9
Abbildung 5: Entwicklung der Schülerinnenzahlen zwischen 2007 und 2014.....	12
Abbildung 6: Entwicklung der Erwerbsarbeit in Deutschland zwischen 2012 und 2021.....	14
Abbildung 7: Gemeldete, offene Stellen in den PEL-Berufen versus Stellengesuche.....	17
Abbildung 8: Vakanzzeiten für offene Stellen in den PEL-Berufen.....	17
Abbildung 9: Demografische Entwicklung in Deutschland bis 2035.....	19
Abbildung 10: Bruttodurchschnittsgehälter in €.....	20
Abbildung 11: Entwicklung der Teilzeitarbeit zwischen 1991 und 2019.....	24
Abbildung 12: Verteilung der Zulassungen in %.....	30
Abbildung 13: Verteilung von N auf die PLZ-Gebiete.....	30
Abbildung 14: Darstellung der ländlichen versus urbanen Verteilung von N.....	30
Abbildung 15: Darstellung der Anzahl der angestellten Therapeutinnen bei N.....	30
Abbildung 16: Darstellung einer linearen Regression: Anzahl angestellter Therapeutinnen/Arbeitsstunden der Praxis in Wochenstunden.....	31
Abbildung 17: Offene Stellen bei N in %.....	32
Abbildung 18: Offene Stellen durch N bei BA gemeldet in %.....	32
Abbildung 19: Offene Stellen vakant – Anteil in %.....	32
Abbildung 20: Annoncierung von offenen Stellen bei N in %.....	34
Abbildung 21: Anzahl erhaltener Bewerbungen bei N in %.....	34
Abbildung 22: Angaben von N zu Frage von Berufsfucht in ihrer Praxis in %.....	35
Abbildung 23: Darstellung einer Kreuzauswertung zur Berufsfucht in %.....	36
Abbildung 24: Vergleich N und $n_{37}$ in Bezug auf die wirtschaftliche Situation in Praxen in %...	37

## Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundesagentur für Arbeit
BED	Bundesverband für Ergotherapeut:innen Deutschland e. V.
BiB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BiBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
bifg	Institut für Gesundheitssystemforschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.
destatis	Statistisches Bundesamt
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e. V.
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IfG	Institut für Gesundheitsökonomik
IFK	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V.
IT	Informationstechnik
LD	LOGO Deutschland e. V.
LOTSE	Gutachten zur beruflichen und ökonomischen Situation von Selbstständigen in der Logopädie
PEL-Berufe	Berufe in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie
SGB	Sozialgesetzbuch
VDB	Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie e. V.
VDP	Verband deutscher Privatschulen
VPT	Verband für Physiotherapie e. V.
WAT	Gutachten zur „Ermittlung des wirtschaftlichen Überschusses sowie der Kalkulation eines wirtschaftlich tragfähigen und konkurrenzfähigen Ziel-Einkommens
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie e. V.

## 1. Einleitung

„Wenn Politik, Wirtschaft und die anderen Arbeitsmarktakteure in der Gesundheitswirtschaft nicht heute gegensteuern, werden im Jahr 2030 fast 1 Million Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung fehlen. Diese Zahl entspricht etwa der aller Beschäftigten in der deutschen Automobilindustrie“ (Osterwald et. al., 2010, S. 71).

Das obenstehende Zitat stammt aus einem Gutachten der Unternehmensberatung „PriceWaterhouseCoopers“ und ist zum Zeitpunkt der Entstehung dieser Arbeit dreizehn Jahre alt. Beschrieben wird dort eine Prognose für das Gesundheitswesen insgesamt.

Gibt man heute, im Jahr 2023, in der Suchmaschine „Google“ den Begriff „Berufsflucht“ ein, findet man unter den ersten 50 Treffern keinen Beitrag, in dem es nicht um das Gesundheitswesen geht. Knapp hinter dem Bereich Pflege, deren Anteil im Gesundheitswesen jedoch deutlich höher ist, folgen die Heilmittelberufe. Viele Treffer befassen sich explizit mit den Berufen Physiotherapeutin, Ergotherapeutin oder Logopädin (Selbsttest, durchgeführt an vier verschiedenen Endgeräten mit drei verschiedenen IP-Adressen im August 2023).

Beleuchtet man nur den Bereich Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, kommt man jedoch zu dem überraschenden Ergebnis, dass die Zahl der Berufsträgerinnen hier nicht fällt, sondern seit Jahren kontinuierlich steigt (vgl. Abb. 2, 3, 4). Bilden die Heilmittelberufe also eine verheißungsvolle Ausnahme im Gesundheitswesen? Keinesfalls – im Gegenteil!

Auf der Suche nach aktuellen Publikationen zum Arbeitsmarkt in diesen Berufen stößt man auf Titel wie: „Ich bin dann mal weg!“ (Schwarzmann et. al., 2018) oder „Berufsflucht in der Ergo- und Physiotherapie – Was treibt Therapeuten aus ihrem Beruf?“ (Schübl, 2018). Weniger dystopisch klingende Aufsätze werden bestenfalls neutral formuliert. Positiv formulierte Publikationen waren nicht auffindbar.

Ebenfalls kaum auffindbar sind Publikationen, die den *allgemeinen Arbeitsmarkt* in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie (kurz: PEL-Berufe) beschreiben. Aus staatlichen Quellen erhält man Informationen über die Anzahl, wahlweise der Angestellten (Bundesagentur für Arbeit [BA]) oder der Berufsträgerinnen insgesamt (Statistisches Bundesamt [destatis]). Andere Quellen berichten vom Einstieg in die PEL-Berufe (z. B. Seewald, 2023) oder eben von der Flucht aus diesen Berufen (z. B. Schwarzmann et. al., 2018; Schübl. 2018).

Wird der allgemeine Arbeitsmarkt der PEL-Berufe aktuell realistisch dargestellt?
--

Graue Literatur zur Darstellung der PEL-Berufe in Deutschland ist vorhanden, bildet den Bereich aber nur unzureichend, verzerrt und teilweise tendenziös ab. Private Unternehmen erstellen sog. „Studien“ zur Abbildung einer gesamten Branche – Datengrundlage ist hier jedoch lediglich der eigene Kundenstamm. Ein Beispiel hierfür ist die „1. Eckdatenstudie - Physiotherapie - Eckdaten



zur Situation der deutschen Physiotherapieeinrichtungen“ (Hambloch et. al., 2023) von einer Steuerkanzlei, die im Schwerpunkt das Gesundheitswesen betreut. Weitere Gutachten werden von den gesetzlichen Krankenkassen erstellt. Das wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) legt den „Heilmittelreport 2022/2023“ (Waltersbacher, 2023) vor und stellt in diesem primär die Kosten und die Anzahl der Behandlungen in den Vordergrund. Die Barmer-Ersatzkasse mit ihrem Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) legt „Gesundheitswesen aktuell 2023“ (Schmitt et. al., 2023) vor und präsentiert die Zahlen der Beschäftigten in den Gesundheitsfachberufen auf Seite 140 und behandelt diese Zahlen auf den Folgeseiten als Gesamtheit aller Berufsträgerinnen in Deutschland. *Beschäftigte als gesamte Berufsträgerinnenschaft zu werten ist ein Fehler, der in der grauen Literatur wiederholt gemacht wird, da die Zahlen der BA verwendet werden, statt der Zahlen der genesis-Datenbank des statistischen Bundesamtes (vgl. Abb 2, 3, 4).*

Es kann also vermutet werden, dass es häufig fehlerhafte, meist jedoch gar keine ausführliche Beschreibung des Arbeitsmarktes der PEL-Berufe gibt.

Wie stellt sich der Fachkräftemangel in den PEL-Berufen dar?
--

Die vorliegende Arbeit unternimmt den Versuch, den Markt zu beschreiben, Faktoren für den Fachkräftemangel zu benennen und vermeintliche Widersprüche (Fachkräftemangel steigt, Anzahl der Berufsträgerinnen steigt) aufzulösen.

In diesem Zuge wird eine empirische Untersuchung durchgeführt, bei der mittels eines Fragebogens die Praxisinhaberinnen in Deutschland die Möglichkeit haben, von ihrer aktuellen Situation auf dem Arbeitsmarkt sowie in ihrer eigenen Belegschaft zu berichten und Auskunft darüber zu erteilen, wie einfach oder schwierig es ist, offene Stellen zu besetzen und die vorhandenen Mitarbeiterinnen im Beruf zu halten.

Die Ergebnisse der Literaturübersicht sowie der eigenen Untersuchung können nur zu Näherungswerten führen und dennoch aufzeigen, dass der Arbeitsmarkt der PEL-Berufe in einer deutlich größeren Krise steckt als die meisten anderen Branchen in Deutschland.

Die Unmöglichkeit der zeitnahen therapeutischen Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland mit therapeutischen Angeboten für ihre Entwicklung und Rehabilitation bleibt in dieser Arbeit unbeleuchtet; die gesamtwirtschaftlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen auf den Mangel an Therapieplätzen ebenfalls.

## 2. Die Heilmittelberufe in Deutschland

„Häufig wird – insbesondere durch externe Experten (außerhalb der Therapeutenverbände) – beschrieben, dass die Therapeuten einen geringen Selbstwert und eine Tendenz zur Selbstausbeutung zeigen. Die Vertreter der Berufsverbände beschreiben eine hohe Sichtbarkeit und Anerkennung der Therapeuten in der Gesellschaft. Im Gegensatz dazu schätzen die restlichen Experten die Sichtbarkeit in der Gesellschaft als gering ein“ (Abel & Hammer, 2019, S.16).

Die nichtärztlichen Medizinalfachberufe gliedern sich in Deutschland in die sogenannten „Heilmittelberufe“ (der Begriff „Heilmittelerbringer“ kann synonym verwendet werden) und die „Heilhilfsberufe“ auf.

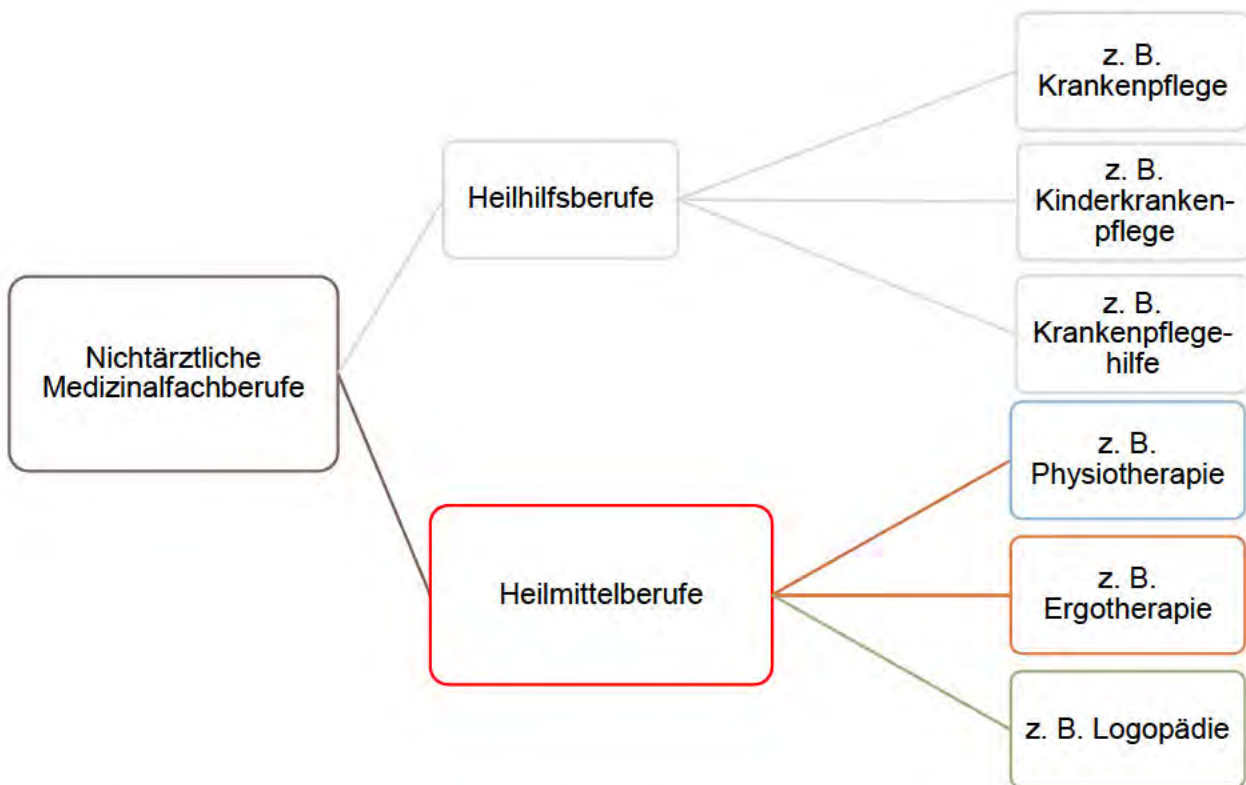


Abbildung 1: Organigramm der nichtärztlichen Medizinalfachberufe; eigene Darstellung; Zöller, 2022

Neben der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie zählen auch die Podologie, die Orthopistik und die Diätassistenten zu den Heilmittelberufen (Zöller, 2022). Da es sich bei den Letzteren aber nicht um therapeutische Berufe handelt, sind sie ebenso wenig Gegenstand dieser Arbeit wie die Berufe „Musiktherapeut“ oder „Mototherapeut“, da diese wiederum nicht zu den Heilmittelberufen zählen. Der Beruf des „psychologischen Psychotherapeuten“ nimmt eine Sonderstel-

lung ein, da dieser für die Ausübung des Berufes eine Approbation benötigt und sozialrechtlich einen Facharztstatus innehat (Montgomery, 2019).

Die Abgabe therapeutischer Behandlungen wie zum Beispiel „Krankengymnastik“ wird ärztlich verordnet. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) regelt einzeln für den jeweiligen Therapieberuf mit Vertretern der Berufsverbände die Abgabe von Leistungen sowie die Vergütung und weitere Eckpunkte therapeutischer Arbeit. Die Erfüllung aller hier aufgeführten Erfordernisse zur Abgabe therapeutischer Leistungen sowie die Anerkennung des Vertrags an sich sind Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen. Die Möglichkeit und das Erfordernis zur Vertragsgestaltung der beiden Parteien ergibt sich aus § 125 Absatz 1 SGB V.

Das wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) gibt in seinem Heilmittelbericht 2022/2023 den Umsatz aller Heilmittelberufe im Jahr 2022 mit 10,2 Milliarden Euro an. Der Anteil von Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie beträgt knapp 98%, nämlich 9,96 Milliarden Euro (Waltersbacher, 2023). 4% aller Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen fallen den Heilmitteln insgesamt zu (Bundesministerium der Gesundheit [BMG], 2023). Die Anzahl der Heilmittelzulassungen in Deutschland beträgt 70.332. Manche Praxen haben mehrere Zulassungen für mehrere Heilmittel wie zum Beispiel Physiotherapie/Ergotherapie (zwei Zulassungen benötigt). Die Zahl der Selbstständigen/Praxisinhaberinnen in den Heilmittelberufen ist also ungleich der Zahl der Heilmittelzulassungen – sie ist niedriger. (Arbeitsgemeinschaft Heilmittelzulassung, 2023) Das statistische Bundesamt gibt unter der Rubrik „Praxen sonstiger medizinischer Berufe“ für 2021 eine Gesamtfrauenquote von knapp 79% an (Statistisches Bundesamt, 2023d). Die Logopädie nimmt hier den Spitzenplatz ein. Laut einer Stellungnahme der logopädischen Berufsverbände an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), beträgt der Frauenanteil circa 95% (Malzahn et al., 2021).

Die Vertretung der Berufe gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik und der Vertragspartner des Gesundheitswesens erfolgt über Berufsverbände. Hierbei hat jeder Beruf mehrere Verbände.

Physiotherapeutinnen, Ergotherapeutinnen und Logopädinnen haben ähnlich geregelte Berufsordnungen, ähnlich geregelte Ausbildungsordnungen (vgl. Abschnitte 2.2.2, 2.3.2, 2.4.2) und vergleichbare Rahmenverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger ihrer Leistungen. Ihre Tätigkeiten, also die Entwicklung und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten zu fördern, sind ebenso vergleichbar wie ihre Entwicklungen am Arbeitsmarkt. In den Anhängen III, IV, V sind die jeweils gültigen Rahmenverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen in Auszügen beigefügt, um die Vergleichbarkeit zu überprüfen.

Vor der Darstellung der Arbeits- und Beschäftigungssituation der Berufsträgerinnen muss auf das Fehlen eines „erweiterten Zugangs“ in die Heilmittelberufe hingewiesen werden. Anders als unter anderem in der Bau- und Handwerksbranche sowie der Gesundheits- und Pflegebranche ist kein

Einstieg in die Heilberufe ohne Berufsabschluss und staatliche Anerkennung möglich (vgl. Anhang III, IV, V). Es können keine ungelernten oder angelernten Kräfte für die therapeutische Arbeit eingesetzt werden. Auch Hilfskräfte dürfen nicht für honorarfähige Arbeiten eingesetzt werden.

## 2.1 Hinweise zur Darstellung der Erfassung von Berufen

Abraham und Hinz (2018) weisen auf die Schwierigkeiten zur Erfassung von beruflichen Tätigkeiten hin und damit der quantitativen Erfassung von Berufsinhaberinnen hin. In Deutschland wird häufig die Klassifikation der Berufe (KldB) der Bundesagentur für Arbeit genutzt, bei der Berufe anhand ihrer Berufsfachlichkeit, das heißt ihrer Ähnlichkeit in Bezug auf die Tätigkeit, Kenntnisse und Fertigkeit gruppiert werden. Da es sich bei den Heilberufen um „freie Berufe“ (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, 2023) handelt, ist eine Tätigkeit in diesem Beruf nicht ohne staatliche Anerkennung möglich. *Es erfolgt jedoch keine quantitative Erfassung der Heilberufe anhand der Anzahl der staatlichen Anerkennungen.*

Auskünfte über die Zahl der Berufsträgerinnen in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in Deutschland erhält man vom statistischen Bundesamt (destatis) und der Bundesagentur für Arbeit (BA). Destatis gibt hierbei auch Auskunft über die Gesamtheit der Berufsträgerinnen, während die BA die Gesamtheit der Beschäftigten erfasst. *Mehrere Reports und Gutachten, welche die Heilmittelbranche abzubilden versuchen, verwenden die Zahlen der BA und erhalten auf diese Weise keine Gesamtübersicht, wie sie das statistische Bundesamt erfasst (vgl. Schmitt et. al., 2023). Aus diesem Grund enthalten die Abbildungen 2, 3 und 4 beide Werte.*

## 2.2 Physiotherapie

Eine allgemein verständliche und konsentiertere Definition der Physiotherapie lautet wie folgt:

„Zentral in der Arbeit eines Physiotherapeuten steht der individuelle Mensch mit seinem Gesundheitsanliegen. Dieses Anliegen kann sich auf die Wiederherstellung, die Verbesserung oder den möglichst langfristigen Erhalt von körperlichen Funktionen bzw. die Vermeidung von funktionellen Einschränkungen beziehen. Oberstes Ziel ist es, dass der Betroffene im größtmöglichen Umfang den Aktivitäten seines täglichen Lebens nachgehen und hierdurch am sozialen Leben in seinem Umfeld teilnehmen kann. Ein Physiotherapeut ist ausgewiesener Experte für den menschlichen Bewegungsapparat, bezieht in seine Behandlung darüber hinaus aber auch andere organische Strukturen, wie z. B. die Atmungsorgane oder das Herz-Kreislaufsystem, ein, um gemeinsam mit dem Patienten die Funktionalität des Körpers und die Teilhabe am täglichen Leben zu fördern“ (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. [IFK], 2023, <https://ifk.de/verband/beruf/berufsbild>).



### 2.2.1. Beschäftigungszahlen Physiotherapie

Aufgeführt werden die Zahlen des statistischen Bundesamtes (destatis, 2023d) und der Bundesagentur für Arbeit (BA, 2023b). Die BA erfasst in ihrer Statistik nur die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Physiotherapeutinnen. Geringfügig Beschäftigte, die von der generellen Versicherungspflicht nach § 27 Abs. 2 SGB III ausgenommen sind, werden hier nicht erfasst. Außerdem ergibt sich nach §2, Abs. 1 SGB VI eine Rentenversicherungspflicht für selbstständige Physiotherapeutinnen, die ihrerseits kein weiteres Personal beschäftigen. Es ist keine Aussage zwischen dem Verhältnis aus angestellten und selbstständigen Physiotherapeutinnen aufgrund des Datenkorridors zu treffen.

Betrachtet man einen Zeitraum von zehn Jahren, lässt sich ein annähernd ungebrochener Trend in Bezug auf die Beschäftigungszunahme erkennen.

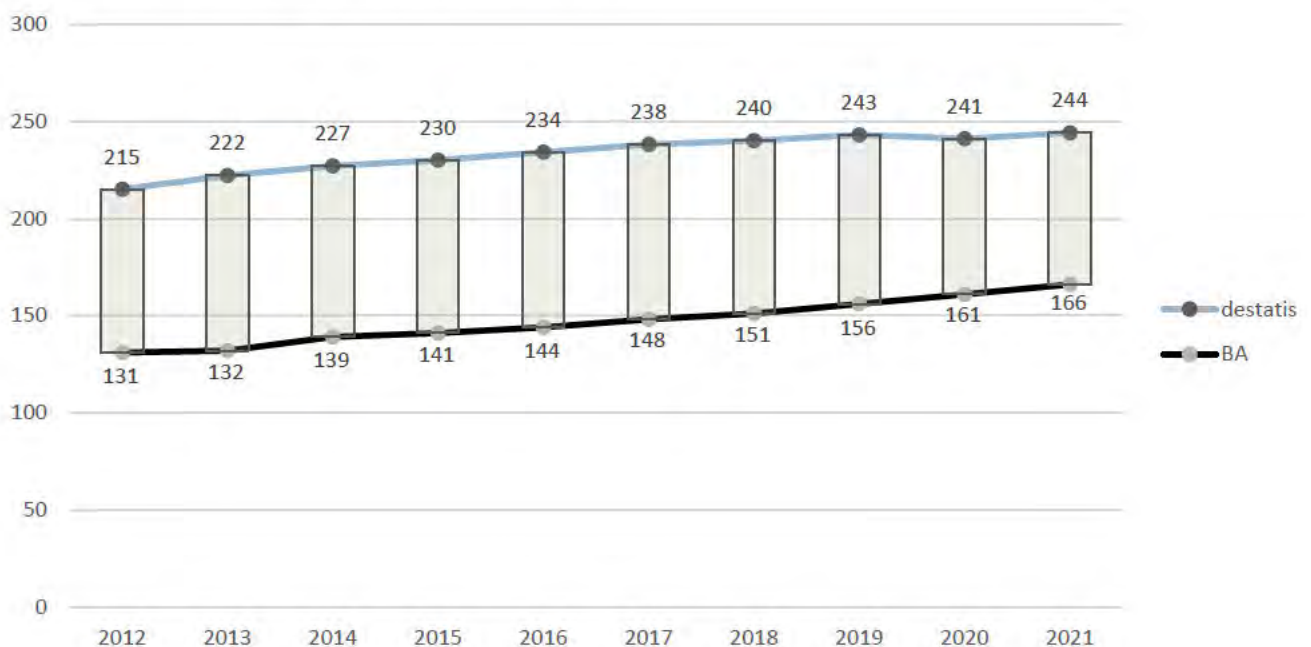


Abbildung 2: Berufsträgerinnen/sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Physiotherapie; eigene Darstellung; BA, 2023b/destatis, 2023d

Auf Abbildung 2 kann man zwischen 2012 und 2021 für die Physiotherapie einen Zuwachs von 13% (bzw. 26% sozialversicherungspflichtig) ablesen.

### 2.2.2 Weitere Kennzahlen und Berufspolitik

Im Heilmittelbericht des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) weist Waltersbacher (2023) Aufwendungen in Höhe von 7,3 Milliarden Euro für physiotherapeutische Behandlungen im Jahr 2022 durch die gesetzlichen Krankenkassen aus.

Der Beruf ist im „Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG)“ aus dem Jahr 1994 geregelt.

Berufspolitisch wird die Physiotherapie durch vier maßgebliche Berufsverbände vertreten: „Verband für Physiotherapie e. V.“ (VPT), „Deutscher Verband für Physiotherapie e. V.“ (ZVK), „Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V.“ (IFK) und den „Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie e. V.“ (VDB). Diese vier Verbände haben insgesamt 54.334 Mitglieder (Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung [Lobbyregister], 2023a,c,e,h). Hierbei muss erwähnt werden, dass der IFK und der VDB nur selbstständige Berufsträgerinnen aufnehmen, VPT und ZVK hingegen auch schon Schülerinnen und Studierende. Außerdem sind Mehrfachmitgliedschaften möglich. Es ist also nicht möglich, eine Quote von Verbandsmitgliedern in Abgrenzung zu verbandslosen Berufsträgerinnen zu benennen. Andererseits kann man anhand der Daten die Aussage treffen, dass lediglich eine Minderheit in Berufsverbänden organisiert ist.

Eine Berufskammer oder eine sonstige Berufsvertretung, die für einen Berufsträger verpflichtend wäre, existiert nicht.

Die dreijährige Fachschulausbildung ist in der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV)“ von 1994 geregelt.

## **2.3 Ergotherapie**

Der größte deutsche Berufsverband für Ergotherapie beschreibt das Berufsbild wie folgt:

„Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken.

Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (Deutscher Verband Ergotherapie e. V. [DVE], 2007, <https://dve.info/ergotherapie/definition>).

### **2.3.1. Beschäftigungszahlen Ergotherapie**

Die Kurve im Bereich Ergotherapie zeigt ebenfalls einen ungebrochenen Aufwärtstrend innerhalb von zehn Jahren. Hier liegt der Zuwachs bei 23% (bzw. 42% sozialversicherungspflichtig beschäftigt).

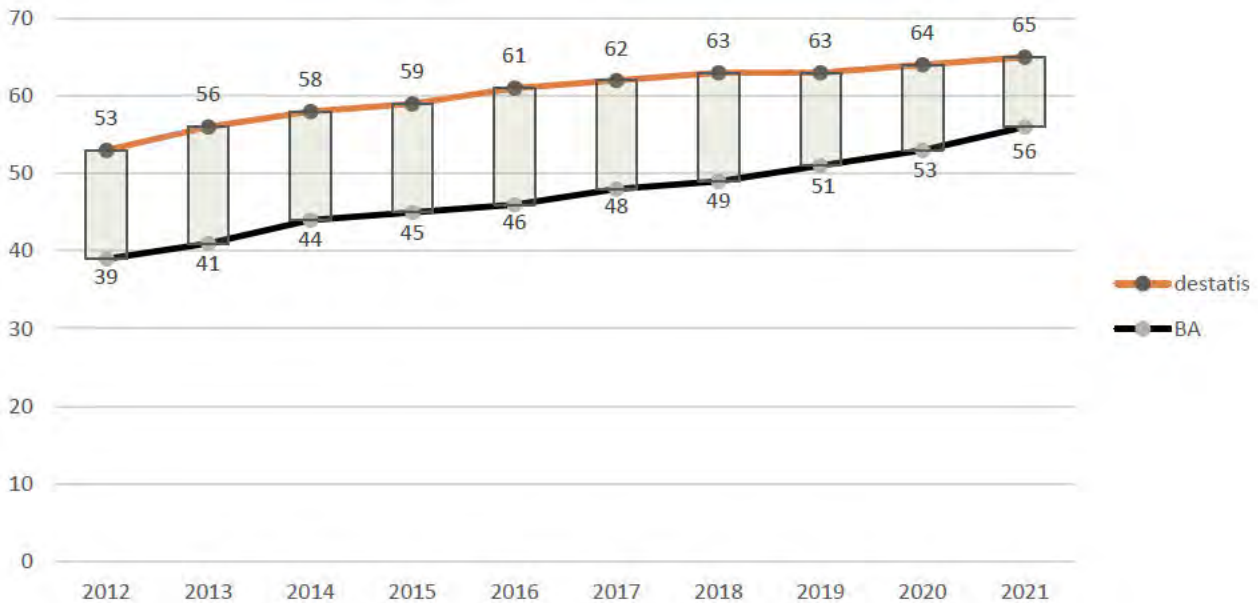


Abbildung 3: Berufsträgerinnen/sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Ergotherapie; eigene Darstellung; BA, 2023b/destatis, 2023d

Analog zur Physiotherapie kommt in der Ergotherapie der Paragraph 2, Absatz 1 des SGB VI zur Anwendung, nachdem Selbstständige in der Ergotherapie nicht generell von der Rentenversicherungspflicht befreit sind. Der sich bildende Korridor zwischen den Daten der BA und des statistischen Bundesamtes lässt also keine Rückschlüsse auf die Anzahl der Selbstständigen in der Ergotherapie zu.

### 2.3.2 Weitere Kennzahlen und Berufspolitik

Der Beruf ist im „Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (ErgThG)“ aus dem Jahr 1976 geregelt. Im Jahr 2022 betrug der Umsatz der Ergotherapie in seiner Abrechnung mit allen gesetzlichen Krankenkassen insgesamt 1,6 Milliarden Euro (Waltersbacher, 2023).

Berufspolitisch wird die Ergotherapie durch zwei maßgebliche Berufsverbände vertreten: „Deutscher Verband Ergotherapie e. V.“ (DVE) und den „Bundesverband für Ergotherapeut:innen Deutschland e. V.“ (BED). Auch bei den Ergotherapeutinnen ist lediglich eine Minderheit Verbandsmitglied. Laut Lobbyregister (2023d,f) sind es 15.700 Mitglieder. Auch hier sind Doppelmitgliedschaften möglich.

Eine Berufskammer oder eine sonstige Berufsvertretung, die für einen Berufsträger verpflichtend wäre, existiert hier ebenfalls nicht.



Die dreijährige Fachschulausbildung ist in der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV)“ von 1999 geregelt.

## 2.4 Logopädie

Die Arbeit als Logopädin kann folgendermaßen definiert werden:

„Logopäden und Logopädinnen arbeiten an den fünf zentralen Störungsbereichen Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen. Dabei werden Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung, Beratung, Frühförderung, Therapie und Rehabilitation sowohl mit Kindern und Jugendlichen, als auch mit Erwachsenen durchgeführt.“

Weitere wichtige Aufnahmen übernehmen Logopäden und Logopädinnen im Bildungsbereich, z.B. frühkindliche Sprachförderung, Beratung und Fortbildung von Eltern, Erzieher\*innen und Lehrer\*innen oder in der Therapie von Lese- und Rechtschreibstörungen“ (Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. [dbl], 2023, <https://www.dbl-ev.de/logopaedie>).

### 2.4.1 Beschäftigungszahlen Logopädie

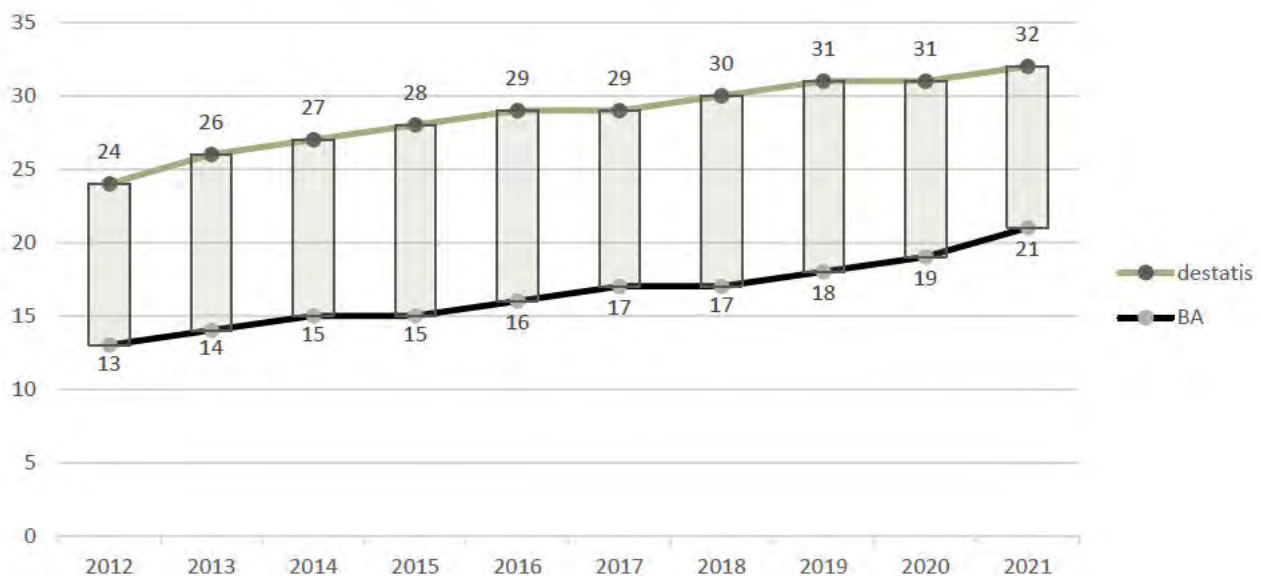


Abbildung 4: Berufsträgerinnen/sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Logopädie; eigene Darstellung; BA, 2023b/destatis, 2023d

Auch für die Logopädie ist ein Aufwärtstrend bei den Beschäftigungszahlen abzulesen und auch hier kommen die Daten der BA und destatis zur Anwendung. Die Zunahme betrug im Zeitraum



zwischen 2012 und 2021 33% (bzw. 62% sozialversicherungspflichtig beschäftigt). Es gelten die gleichen rechtlichen Bestimmungen in Bezug auf die Rentenversicherungspflicht wie zuvor in der Physiotherapie und Ergotherapie genannt.

#### 2.4.2 Weitere Kennzahlen und Berufspolitik

Der Beruf ist im „Gesetz über den Beruf des Logopäden (LogopG)“ aus dem Jahr 1980 geregelt. Das WidO gibt einen Umsatz von 1,06 Milliarden Euro Umsatz für die Sprachtherapie/Logopädie in das Jahr 2022 an (Waltersbacher, 2023).

Berufspolitisch wird die Logopädie durch zwei maßgebliche Berufsverbände vertreten: „Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.“ (dbl) und „LOGO Deutschland e. V.“ (LD). Die beiden Verbände haben 10.142 Mitglieder (Lobbyregister, 2023b,g). Während der dbl aber bereits Studierende und Schülerinnen aufnimmt, beschränkt sich LD auf selbstständige Logopädinnen. Doppelmitgliedschaften sind möglich. Ein Verhältnis aus verbands/verbandslosen Berufsträgerinnen ist also auch hier nicht ermittelbar. Im Verhältnis zu allen Berufsträgerinnen kann man aber auch bei den Logopädinnen die Aussage treffen, dass eine Minderheit Mitglied in einem Berufsverband ist.

Eine Berufskammer oder eine sonstige Berufsvertretung, die für einen Berufsträger verpflichtend wäre, existiert auch hier nicht.

Die dreijährige Fachschulausbildung ist in der „Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO)“ von 1980 geregelt.

### 2.5 Abgrenzung/verwandte Berufe

Die Rahmenverträge zwischen den Heilmittelerbringern und den gesetzlichen Krankenkassen sehen sowohl für die Physiotherapie als auch für die Logopädie jeweils in Anlage 5 weitere, für die Erbringung jeweiliger Leistungen zulassungsfähige, Berufe vor.

Physiotherapie:

- Masseurin und medizinische Bademeisterin
- Masseurin
- Krankengymnastin

(Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V, ab 01.08.2021)

Logopädie:

- Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin
- Staatlich anerkannte Sprachtherapeutin
- Medizinische Sprachheilpädagogin
- Diplom-Sprechwissenschaftlerin (Ausbildung an der Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg, staatlicher Abschluss bis zum 3. Oktober 1990; auch mit vor dem 3. Oktober 1990 begonnener Weiterbildung zum Klinischen Sprechwissenschaftler)

(Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V, ab 16.03.2021)

Teilweise handelt es sich um auslaufende Berufe mit Bestandsschutz, teilweise um eigenständige Berufe. Sowohl ihre Beschäftigten- als auch ihre Umsatzzahlen sind in dieser Arbeit in den Abschnitten 2.1 und 2.3 inkludiert und werden auch im weiteren Verlauf der Arbeit nicht eigenständig berücksichtigt.

## **2.6 Ausbildungssituation in Deutschland**

In allen drei Berufen gibt es derzeit die Bestrebung der ausschließlichen Primärqualifizierung durch Bachelor- und darauf aufbauende Masterstudiengänge an Fachhochschulen in Deutschland. Dieser Vorschlag wird unter Berufsträgerinnen und Verbänden kontrovers diskutiert. Exemplarisch ist der „Arbeitskreis Berufsgesetz“ zu nennen, der eine Interessensvertretung logopädischer/sprachtherapeutischer Verbände darstellt und sich für primärqualifizierende Studiengänge einsetzt, welche die fachschulische Ausbildung ablösen sollen (Arbeitskreis Berufsgesetz, 2020).

Das „Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen“ (dba et. al.) stellt 2020 in einem Eckpunktepapier zur Vollakademisierung der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie die Vorzüge der Bachelorausbildung im Gegensatz zur schulischen Ausbildung dar.

- Erhöhung des Kompetenzniveaus zur Weiterentwicklung der Therapieberufe
- Parallelstruktur zur Erhaltung schulischer Ausbildung weder vertretbar noch begründbar
- Evidenzbasierte Patientenversorgung
- Bessere Berufsperspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten für Therapeuten
- Vergleichbarkeit/Anerkennung der Berufsabschlüsse im Ausland

Nickel und Thiele (2022) beschreiben, dass es seit einem ersten Papier des „Sachverständigenrats zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen“ Jahr 2007 Ideen zur akademischen Weiterentwicklung der Berufe gibt. Zu diesem Zeitpunkt setzte eine Teilakademisierung mit wenigen Modellstudiengängen an Fachhochschulen ein; einzelne Professuren sind entstanden.

Im Rahmen des BMG-Symposium zur Akademisierung von Ausbildungen im Bereich der Gesundheitsberufe macht Dieterich (2018) darauf aufmerksam, dass nach Auswertung einer Verbleibstudie (N=239) akademisch ausgebildete Therapeutinnen nur teilweise in patientennahen Tätigkeiten verbleiben (83% der Physiotherapeutinnen, 93% der Ergotherapeutinnen, 84% der Logopädinnen).

Bei mittlerweile über 100 Bachelorstudiengängen in den Berufsfeldern Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, ist im Jahr 2023 die fachschulische Ausbildung in nichtakademischen Einrichtungen für alle therapeutischen Berufe noch die Regel zur Erlangung der Berufserlaubnis, da nur sehr wenige Studiengänge primärqualifizierend angeboten werden (Nickel & Thiele, 2022).

Entgegen dem positiven Trend zu den Beschäftigungszahlen in den drei Berufen, lässt sich bei den Ausbildungszahlen ein negativer Trend erkennen. Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) hat in einem Diskussionspapier Verlaufszahlen zu den Ausbildungsgängen zwischen 2007 und 2014 veröffentlicht.

Demnach sanken die Ausbildungszahlen im Zeitraum von 2007-2014 in der Physiotherapie von 25.087 auf 21.589 (-14%), in der Ergotherapie von 13.342 auf 10.144 (-24%) und in der Logopädie von 3.880 auf 3.727 (-4%) (Zöller, 2015).

*Eine vergleichbar aufbereitete Auflistung der Ausbildungszahlen für einen aktuelleren Zeitraum als in der Abbildung 5 ließ sich nicht auffinden. Ausschlaggebend ist der sichtbare Trend, der sich gegensätzlich zur zunehmenden Beschäftigungssituation verhält.*

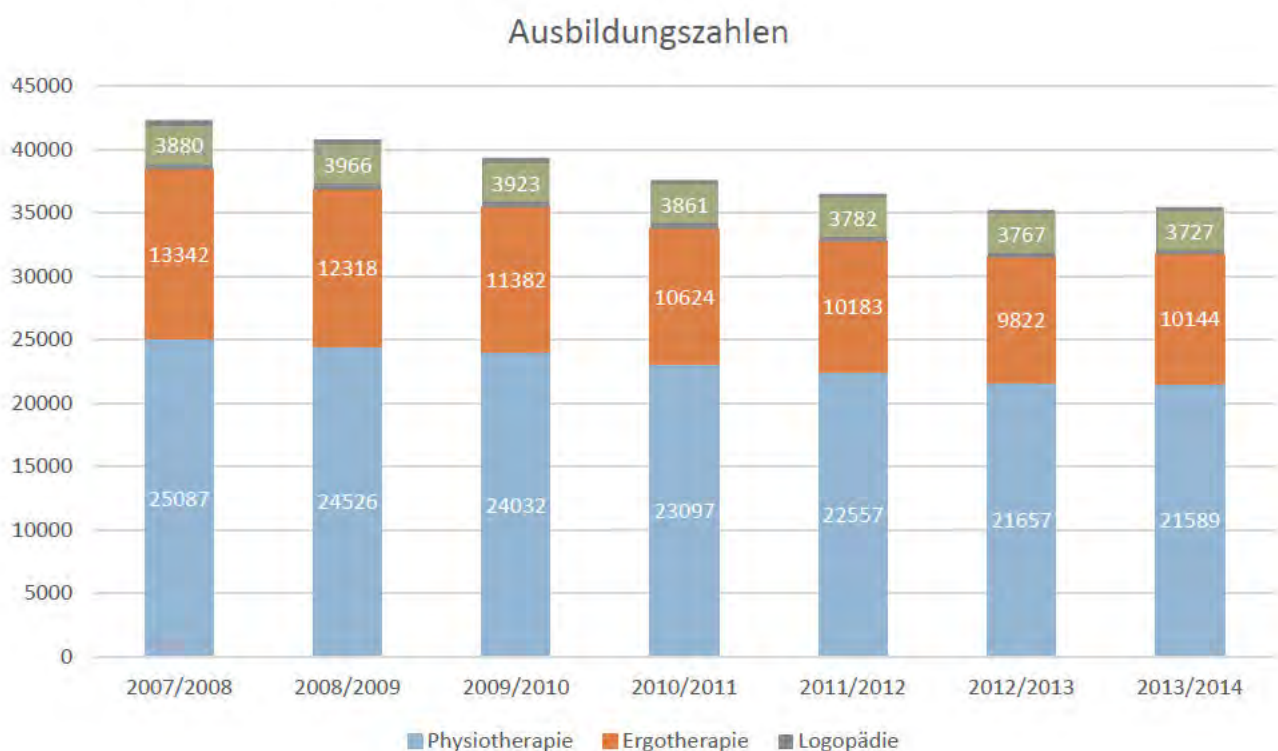


Abbildung 5: Entwicklung der Schülerinnenzahlen zwischen 2007 und 2014; eigene Darstellung; Zöller (BiBB), 2015

Es gibt Anzeichen für einen Trendbruch. Im Schuljahr 2020/2021 meldet der Verband Deutscher Privatschulen Niedersachsen-Bremen e. V. (VDP) eine Erhöhung der Schülerzahlen und präsentiert Daten des statistischen Bundesamtes. Demnach waren es 22.560 Schüler in der Physiotherapie, 10.533 in der Ergotherapie und 3.906 in der Logopädie (Statistisches Bundesamt [destatis], 2021).



### 3. Der Arbeitsmarkt in Deutschland

„Nicht zu vergessen sind schließlich sozialpolitische und moralphilosophische Aspekte, wie sie sich etwa im Ziel der Sicherung „guter“ Arbeit mit hinreichend hohen, armutsvermeidenden Löhnen, oder auch in der Frage nach dem „gerechten“ Lohn und der normativen Legitimation von Lohnunterschieden ausdrücken“ (Gangl, 2018, S. 261).

Die Bundesagentur für Arbeit meldet Rekordstände bei den Arbeitsverhältnissen in Deutschland. Im Dezember 2022 registrierte sie 34.705.170 Beschäftigte in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen. Die Zahl der ausschließlich geringfügig Beschäftigten hat sich in den vergangenen Jahren reduziert und liegt im Dezember 2022 bei 4.294.270 (Bundesagentur für Arbeit, 2023b)

#### 3.1 Erwerbstätige insgesamt

Ein aktuellerer Arbeitsmarkt-Monatsbericht aus Juni 2023 beschreibt erkennbare Auswirkungen der aktuell schwachen Wirtschaftsentwicklung in Deutschland und eine Zunahme der Arbeitslosigkeit im Juni 2023 auf 5,5% im Vergleich zu Juni 2022 mit 5,2%. Das globale Wirtschaftswachstum entwickle sich nur durchwachsen, was die Nachfrage nach Exportgütern schwäche. Investitionen würden aufgrund von verhältnismäßig schlechteren Finanzierungsbedingungen zurückgehalten. Der allgemeine Konsum erhole sich jedoch langsam (Bundesagentur für Arbeit, 2023c).

Insgesamt gibt es jedoch keine Hinweise darauf, dass der übergeordnete Aufwärtstrend gestoppt ist oder sich umkehrt. Die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse steigt seit Jahren und erreicht regelmäßig ein neues Allzeithoch.

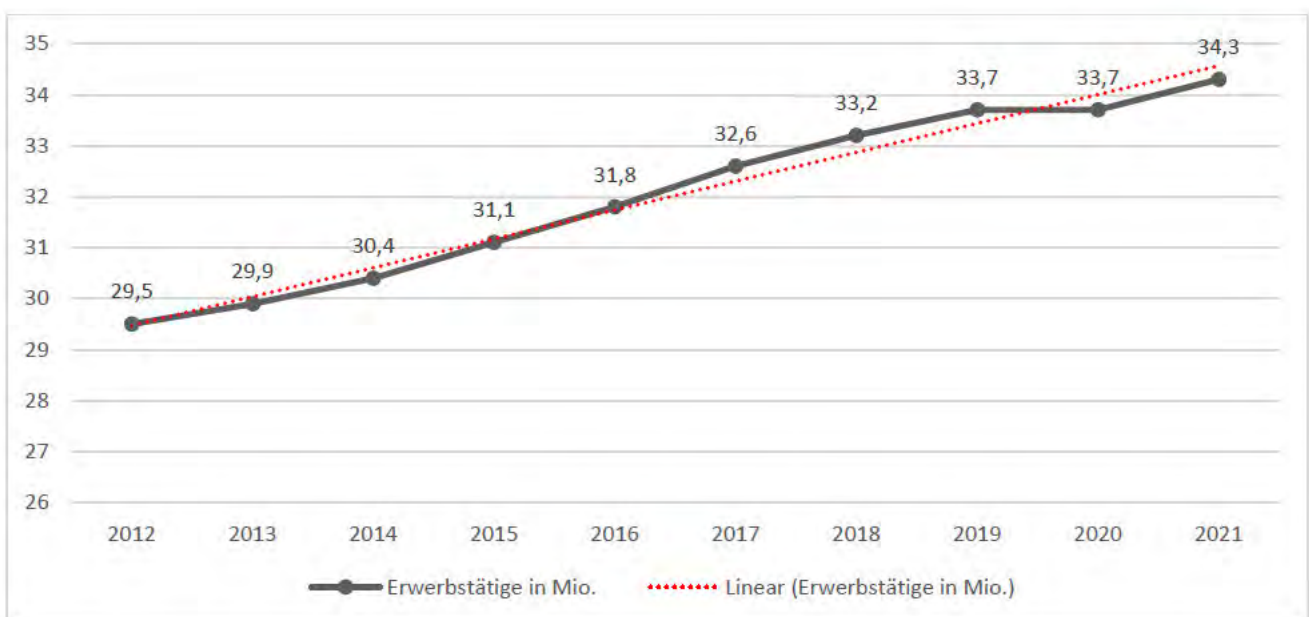


Abbildung 6: Entwicklung der Erwerbsarbeit in Deutschland zwischen 2012 und 2021; eigene Darstellung; BA, 2022b

Der Aufwärtstrend zeigt sich, entgegen allgemeiner Befürchtungen, auch während der COVID-19-Pandemie lediglich irritiert, bricht aber nicht und nimmt danach das ursprüngliche Momentum wieder auf. Von 2012 bis Ende 2021 stieg die Quote der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um 16,6%, wie man auf Abbildung 6 ablesen kann.

In einer Befragung aus 2019 gaben noch 61% der Unternehmen an, dass Fachkräfteengpässe einen relevanten Risikofaktor für ihre Geschäftsabläufe darstellen würden (Geis-Thöne, 2022).

Weiterhin gestörte Lieferketten von Produktionsmitteln bedingt durch Nachwirkungen der COVID-19-Pandemie sowie den Ukrainekrieg werden jedoch ebenso als Risiken für die Stabilität von Wirtschaftswachstum und den anhängenden Arbeitsmarkt genannt, wie die digitale Transformation von Arbeitsprozessen und die Pläne zur Dekarbonisierung des Landes (Bonin & Rinne, 2022).

Trotz dieser Risiken meldet das Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA) in seinem Jahresrückblick 2022 einen Rekordstand an offenen Stellen für qualifizierte Fachkräfte. Im Vergleich zu 2021 einen Anstieg von gut 30% auf 1,3 Millionen Stellen. Die Zahl der offenen Stellen bei Helfertätigkeiten ist um 24,4% auf 244.211 Stellen gestiegen. Gleichzeitig erreicht die Zahl der Arbeitslosen mit Berufsabschluss ein Rekordtief (Tiedemann & Malin, 2023).

### **3.2 Erwerbstätige im Gesundheitswesen**

Im gesamten deutschen Gesundheitswesen sind 6,01 Millionen Menschen beschäftigt. Die Frauenquote liegt bei 75% (Stand: Dezember 2021). Analog zur allgemeinen Entwicklung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt war die Entwicklung im Gesundheitswesen ebenfalls positiv: Nie zuvor waren so viele Menschen in dem Sektor beschäftigt. Im Jahr 2012 lag die Zahl der Beschäftigten hier noch bei 5,07 Millionen. Der Anstieg beträgt 18,5%. (Statistisches Bundesamt, 2023b)

Trotz der ständig zunehmenden Beschäftigung im Gesundheitswesen gibt das KOFA an, dass 2021 allein in den Pflegeberufen 57.126 Stellen in Deutschland vakant sind (Tiedemann & Malin, 2023)

### **3.3 Erwerbstätige in den PEL-Berufen**

Insgesamt arbeiten 341.000 Menschen in Deutschland als zugelassene Physiotherapeutinnen (71,6%), Ergotherapeutinnen (19,1%) oder Logopädinnen (9,3%) (Stand 2022, vgl. Abbildungen 2, 3, 4). Ins anteilige Verhältnis gesetzt bedeutet das eine Zunahme von 16,7% bei den Berufsträgerinnen zwischen 2012 und 2021.

Diese Zunahme hat sich in den Therapieberufen der Heilmittelbranche (+16,7%), im Gesundheitswesen insgesamt (+18,5%) als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Deutschland (+16,6%) zwischen 2012 und 2021 annähernd synchron entwickelt.

### 3.3.1 Fachkräftemangel

Die Fachkräftesituation auf dem gesamten deutschen Arbeitsmarkt ist angespannter denn je. Im Bereich Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung wird der Stellenüberhang für das Jahr 2022 mit 60,5% (156.587 Stellen) angegeben; im Vorjahr betrug er 55,1%. Der Stellenüberhang bezeichnet den Anteil an offenen Stellen, für die es keine passend qualifizierten Menschen auf dem Arbeitsmarkt gibt (Tiedemann & Malin, 2023).

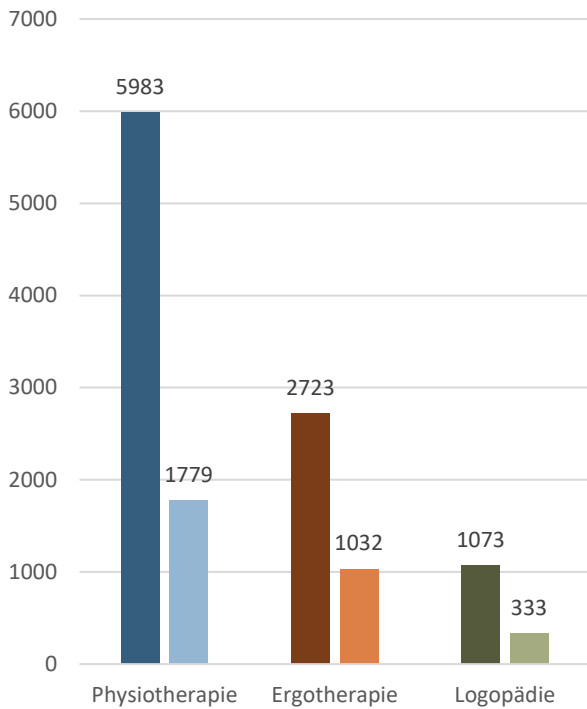
Die Fachkräfteengpassanalyse 2022 (Bundesagentur für Arbeit, 2023d) führt die Berufe in der Ergotherapie und der Physiotherapie in der Kategorie der beschäftigungsstärksten Engpassberufe im Bereich „Spezialisten“ auf. Hier erreichen sie unter den TOP 10 die absoluten Spitzenwerte bei den Engpassindikatoren. (Physiotherapie 2,7, Ergotherapie 2,5).

Bei der Analyse werden 14 Indikatoren ausgewertet, die sich in Engpassindikatoren, Risikoindikatoren und Ergänzungsindikatoren teilen.

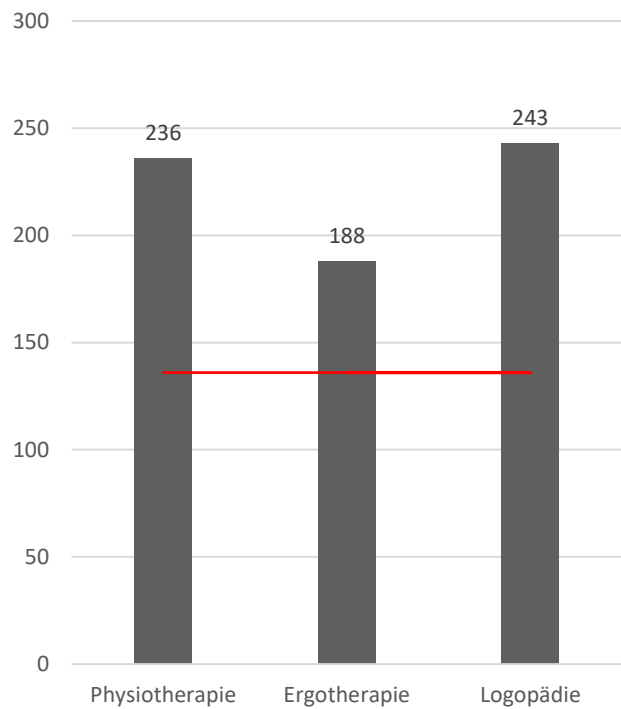
Engpassindikatoren: Vakanzzeit, Arbeitssuchenden-Stellen-Relation, Berufsspezifische Arbeitslosenquote, Veränderung des Anteils sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung von Ausländern, Abgangsrate aus Arbeitslosigkeit, Entwicklung der mittleren Entgelte. Risikoindikatoren: Veränderung des Anteils älterer Beschäftigter (60 Jahre und älter), Anteil unbesetzter Ausbildungsstellen an allen gemeldeten Ausbildungsstellen, Absolventen-Beschäftigten-Relation, Substituierbarkeitspotenzial. Ergänzungsindikatoren: Berufliche Mobilität, Arbeitsstellenbestandsquote, Teilzeitquote, Selbständigenanteil. (Bundesagentur für Arbeit, 2023)

Im Jahresdurchschnitt 2022 gab es in der Physiotherapie 5.983 offene Stellen bei 1.779 arbeitslosen Physiotherapeutinnen. 2.723 offene Stellen in der Ergotherapie bei 1.032 arbeitslosen Therapeutinnen und 1.073 Stellen in der Logopädie bei 333 arbeitslosen Logopädinnen. Der Stellenüberhang betrug 2022 also in allen drei Berufen ein Mehrfaches. Sollten nicht 100% aller offenen Stellen an die BA gemeldet worden sein, verstärkt sich die Tendenz weiter. Es existiert keine gesetzliche Verpflichtung zur Meldung offener Stellen, wohl aber zur Arbeitslosenmeldung, wenn man Ansprüche auf Arbeitslosengeld geltend machen will (§38, SGBIII).

Die Bundesagentur für Arbeit (2022) benennt die Vakanzzeiten bei offenen Stellen in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Diese liegen deutlich über dem Durchschnitt aller Berufe von 139 Tagen (H2, vgl. 4.2).



**Abbildung 7:** Gemeldete, offene Stellen in den PEL-Berufen versus Stellengesuche; eigene Darstellung; BA, 2022b



**Abbildung 8:** Vakanzzeiten für offene Stellen in den PEL-Berufen; eigene Darstellung; BA, 2022d

### **Exkurs „Branchenmonitoring Rheinland-Pfalz“**

*Hinweis: Alle aufgeführten Zahlen beziehen sich ausschließlich auf das Bundesland Rheinland-Pfalz.*

Das Bundesland Rheinland-Pfalz legt, in Zusammenarbeit mit der Goethe-Universität in Frankfurt am Main, mit dem „Gutachten Fachkräftebedarf in den Gesundheitsberufen in Rheinland-Pfalz“ eine bundesweit einzigartige und umfangreiche Erhebung des Fachkräftebedarfs in der Heilmittelbranche, mit einer Prognose bis zum Jahr 2035 vor. Das Gutachten stammt aus dem Jahr 2022 und nimmt die Daten für 2020. Die Prognose wird dann in 5-Jahreschritten erstellt bis 2035 erstellt.

Demnach konnten im Jahr 2020 1.543 Stellen in der Physiotherapie nicht besetzt werden. Das bundeslandweite Angebot an Absolventen betrug 421, die Zahl der vermittelbaren Arbeitslosen bei 414. 14 weitere Fachkräfte mit anerkanntem, ausländischem Abschluss standen dem Markt zur Verfügung. 2.392 Stellen waren nachgefragt.

In der Ergotherapie gab es 2020 in Rheinland-Pfalz 137 Absolventen und 130 vermittelbaren Arbeitslosen. Den 267 Ergotherapeuten standen 645 offene Stellen gegenüber.



Am deutlichsten wird das Defizit in der Logopädie. Hier konnte nur ein gutes Fünftel der Stellen besetzt werden. Es fehlten 303 Therapeuten bei 43 Absolventen, 34 vermittelbaren Arbeitslosen und einer Person mit in Deutschland anerkanntem Abschluss aus dem Ausland. 381 Logopäden waren nachgefragt

Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung sowie der Bevölkerungsentwicklung (politische und soziale Faktoren bleiben unberücksichtigt) weist das Gutachten in seiner Prognose bis 2035 für die Physiotherapie eine Nachfrageerweiterung von 17%, in der Ergotherapie von 16,8% und in der Logopädie von 15,2% aus. (Lauxen 2022).

Zusammenhängend mit dem Gutachten stellt Rheinland-Pfalz unter

[www.branchenmonitoring-gesundheitsfachberufe-rlp.de](http://www.branchenmonitoring-gesundheitsfachberufe-rlp.de)

einen detaillierten und aktuellen Überblick über die Angebot-/Nachfrage- sowie die Ausbildungssituation in den Heilmittelberufen bereit.

### 3.3.2 Allgemeine Faktoren für den Fachkräftemangel

#### 1. Demografischer Wandel

Die demografische Entwicklung hängt im Wesentlichen von der Fertilität und Lebenserwartung einer Gesellschaft sowie der Migration in jene Gesellschaft ab. Hinzu kommen sogenannte Sekundärfaktoren wie z. B. Infrastruktur und Gesundheit, die sich positiv und linear auf die Entwicklung auswirken (Gesundheit ↑ = Bevölkerungswachstum ↑) oder Faktoren wie zum Beispiel Bildung und Konjunktur, die sich tendenziell nicht-linear und somit negativ auswirken (Bildung ↑ = Bevölkerungswachstum ↓) (Budliger, 2021).

Das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) stellt in seinem Bericht „Fakten zur demografischen Entwicklung Deutschlands 2010-2020“ fest, dass im Jahr 2018 erstmals die Marke von 83 Millionen Einwohnern überschritten wurde und die Bevölkerungszahl 2019 einen Höchststand erreicht hatte. 2020 war ein leichter Rückgang um 0,05% zu verzeichnen.

Aufgrund steigender Migrationszahlen und der Stabilisierung der Geburtenraten in den letzten Jahren, fallen die Prognosen seit dem Jahr 2000 aber deutlich positiver aus.

In einer Prognose des BiB aus dem Jahr 2000 wurde ein bundesweiter Rückgang der Bevölkerung auf 78 Millionen bis zum Jahr 2030 angenommen. Eine erneute Prognose aus dem Jahr 2015 stellt lediglich einen Rückgang auf 81 Millionen Einwohner im Jahr 2030 dar. Im Gegensatz zu den Geburten- und Sterberaten lassen sich Migrationsbewegungen nur schwer vorausberechnen (Staudinger & Schneider [BiB], 2021).

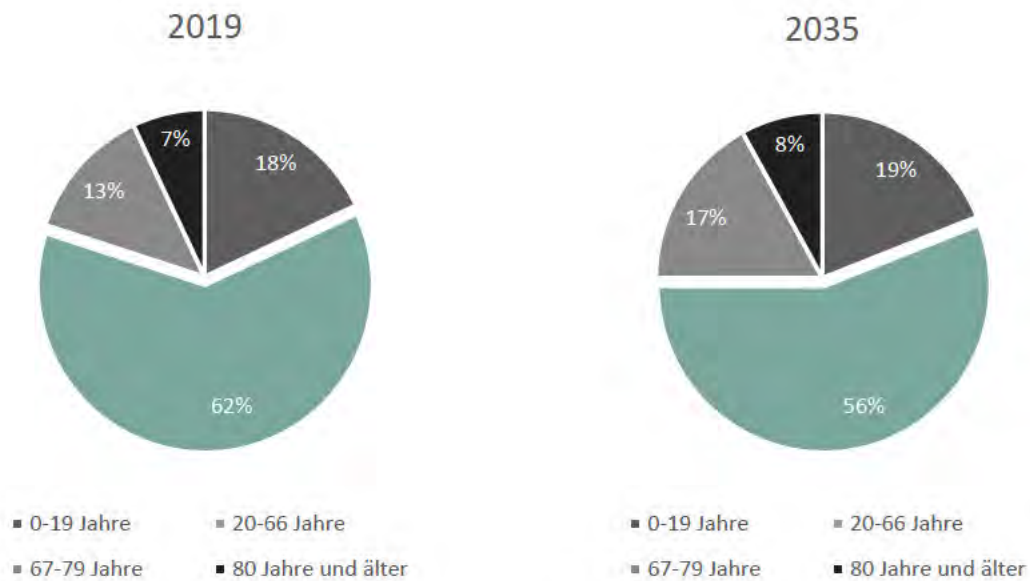


Abbildung 9: Demografische Entwicklung in Deutschland bis 2035; eigene Darstellung; BiB 2021

Bei unverändertem Renteneintrittsalter ist demnach eine sukzessive Abnahme der Bevölkerungsgruppe im erwerbsfähigen Alter zu erwarten. Die gleichzeitige Abnahme der Gesamtbevölkerung verstärkt die negativen Auswirkungen des demografischen Effekts auf den Arbeitsmarkt.

## 2. Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage

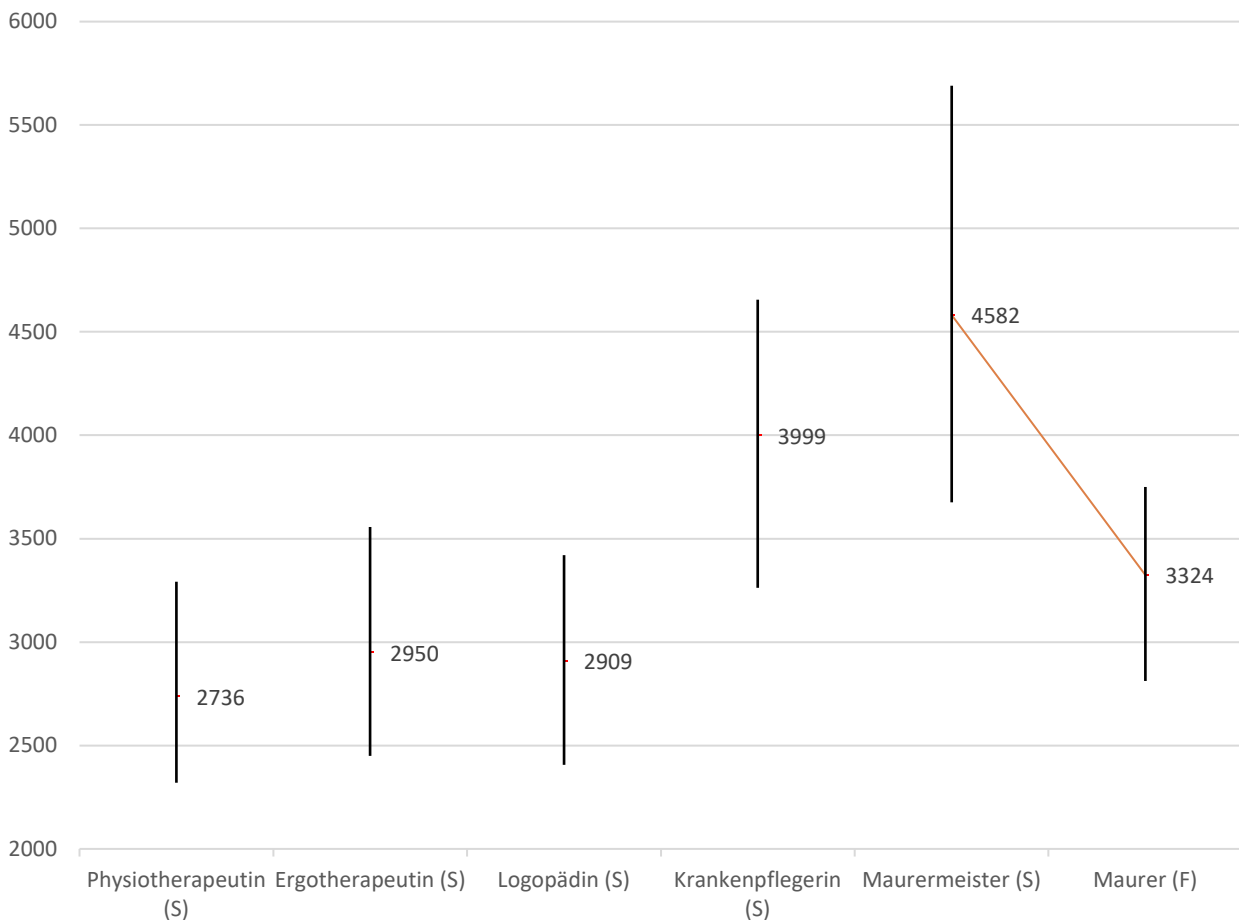
In einem Aufsatz für den „Wirtschaftsdienst“ beschreibt Weber (2015) ein sich verschärfendes Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage. Technologische Fortschritte reformieren den Arbeitsmarkt. Unter dem Schlagwort „Industrie 4.0“ wird die sich immer weiter beschleunigende Vernetzung der digitalen mit der physischen Welt verstanden – außerdem das autonom-maschinelle Lernen in der Maschinenproduktion. Neben optimierten Wertschöpfungsketten und einer generellen Erhöhung der Produktivität, reformiert sich auch der Arbeitsmarkt. Mehrere hunderttausend Arbeitsplätze gehen in diesem Transformationsprozess verloren, um an anderer Stelle in nahezu gleicher Zahl wieder neu zu entstehen. Besonders Berufe im produzierenden Bereich gehen verloren. Im Dienstleistungsbereich sowie in der IT und den Naturwissenschaften entstehen neue Arbeitsplätze. In diesem Prozess kommt es zu einer Verschiebung von Qualifikationen. Weiter zunehmen werden Berufe im akademischen Bereich, während die Berufe mittlerer Qualifikation abnehmen. Das Angebot von Bildung und Weiterbildung sowie die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen entscheidet über die Frage, ob sich aufgrund mangelnder Qualifikationen einer Gesellschaft der Fachkräftemangel weiter verschärfen oder ob rechtzeitig die entsprechenden Bildungs- und Qualifizierungsangebote bereitgestellt werden (Weber, 2015).

### 3.3.3 Katalysatoren für den Fachkräftemangel in den Heilmittelberufen

#### a. Berufsflucht

In einem Impulsvortrag beschreibt Hammer (2018), dass finanzielle Gründe die Hauptmotivation für Berufsträgerinnen der Heilmittelberufe darstellen, den Beruf zu verlassen.

Der Entgeltatlas der BA gibt das mittlere Bruttogehalt einer Physiotherapeutin in Vollzeit mit 2.736.-€, einer Ergotherapeutin mit 2.950.-€, einer Logopädin mit 2.909.-€ an. Alle drei Berufe haben das Anforderungsniveau „Spezialist“ (Bundesagentur für Arbeit, 2023a)



**Abbildung 10:** Bruttodurchschnittsgehälter in €; eigene Darstellung, BA, 2023a

Vergleicht man den durchschnittlichen Bruttoverdienst mit anderen, vorwiegend von Frauen, ausgeübten Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens (zum Beispiel Krankenpflege, ebenfalls „Spezialist“), ergeben sich bereits Differenzen, bei denen die Therapieberufe zurückbleiben. Hier müssen teilweise jedoch Zulagen zum Beispiel für den Schichtdienst berücksichtigt werden (vgl. Abbildung 10, „Krankenpfleger“).

Bei vorwiegend von Männern ausgeübten Berufen mit dem gleichen Anforderungsniveau werden die Unterschiede zu den PEL-Berufen sehr deutlich. Vergleicht man das durchschnittliche Bruttogehalt einer Vollzeitstelle in dem typischen Männerberuf „Maurermeister“ (BA-Anforderungsniveau: Spezialist) mit dem durchschnittlichen Bruttogehalt einer Vollzeitstelle in dem typischen Frauenberuf „Logopädin“ (BA-Anforderungsniveau: Spezialistin), ergibt sich ein Gap von gut 35% zwischen den Durchschnittsbruttogehältern.

Senkt man das Anforderungsniveau der vorwiegend von Männern ausgeübten Berufe von „Spezialist“ auf „Fachkraft“, also z. B. von „Maurermeister“ auf „Maurer“, ergibt sich ein vergleichbares Lohnniveau (Bundesagentur für Arbeit, 2023)

### **Exkurs „WAT“ und „LOTSE“**

Starke Hinweise darauf, dass die zu geringen Gehälter mit der zu geringen Vergütung in den Heilmittelberufen durch die gesetzlichen Krankenkassen zusammenhängen, geben zwei Gutachten aus den Jahren 2018 und 2020.

WAT-Gutachten (2020/Betrachtungszeitraum: 2018)

Das Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) in München hat 2020 ein wissenschaftliches Gutachten zur „Ermittlung des wirtschaftlichen Überschusses“ sowie der „Kalkulation eines wirtschaftlich tragfähigen und konkurrenzfähigen Ziel-Einkommens“ (Neubauer & Niedermeier, 2020, S. 9) in Therapiepraxen fertiggestellt. Es wurde eine quantitative Erhebung durchgeführt, an der sich 4.425 Praxisinhaberinnen beteiligt haben (hier ist der Bereich „Podologie“ mit 391 Praxisinhaberinnen inkludiert).

Zur Ausgangssituation des Gehalts im Jahr 2018 stellt das Gutachten fest:

„Angestellte therapeutische MitarbeiterInnen erhielten im Jahr 2018 ein durchschnittliches Bruttostundengehalt von 14,68 Euro, was bei einer Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden einem monatlichen Bruttogehalt von 2.447 Euro entspricht“ (Neubauer & Niedermeier, 2020, S. 27).

Zur Ausgangssituation der Praxisinhaberinnen im Jahr 2018 stellt das Gutachten fest:

„[...] errechnet sich ein kalkulatorisches jährliches Solleinkommen von 108.546 Euro je PraxisinhaberIn. In der WAT-Analyse ermittelten wir einen Überschuss je PraxisinhaberIn von 68.563 Euro, was eine Einkommenslücke von 39.983 Euro bedeutet“ (Neubauer & Niedermeier, 2020, S.39)

Zu einer angemessenen Sollsituation in 2018 stellt das Gutachten fest:

„Für eine angemessene MitarbeiterInnenvergütung wurden zwei Varianten als Maßstab herangezogen und mit der Vergütung eines in Vollzeit angestellten Physiotherapeut/einer in Vollzeit angestellten Physiotherapeutin in der Praxis verglichen. In Variante 1 ist die monatliche Vergütung nach TVöD Entgeltgruppe 7, Stufe 6 (3.311 Euro + Sonderzahlung von 2.632 Euro/Jahr) als Vergleichsparameter dargestellt und in Variante 2 wurde das aus der Statistik der Bundesagentur für Arbeit genannte durchschnittliche Bruttomonatsentgelt (Median) für vollzeitbeschäftigte SpezialistInnen (4.321 Euro) in Deutschland übernommen“ (Neubauer & Niedermeier, 2020, S. 44).

Zur Realisierung der Sollgehälter und Einkommen von angestellten Therapeutinnen und Praxisinhaberinnen schreibt das Gutachten:

„Um ein angemessenes InhaberInneneinkommen und eine konkurrenzfähige MitarbeiterInnenvergütung gewährleisten zu können, muss der GKV-Umsatz um 46,99 Prozent (Variante 1) beziehungsweise 63,48 Prozent (Variante 2) erhöht werden“ (Neubauer & Niedermeier, 2020, S.45).

#### LOTSE-Gutachten (2018/Betrachtungszeitraum: 2015)

Das „Gutachten zur beruflichen und ökonomischen Situation von Selbstständigen in der Logopädie“ wurde 2018 von Hilbert et. al. in einer Kooperation der Westfälischen Hochschule, der Ruhr-Universität Bochum und des Institute for Work and Technology erstellt.

Zur Ist-Situation zum Betriebsergebnis selbstständiger Logopädinnen in 2015 resümiert das Gutachten:

„Im Mittelwert arbeiten selbständige Praxisinhaberinnen 49 Stunden und erhalten dafür im Monat 3.185 Euro (vor Rücklagen). Würden sie auf Basis des danach berechneten Stundenlohns nur 39 Stunden arbeiten, erzielten sie im Betriebsergebnis rund 2.581 Euro monatlich, das ergäbe einen Bruttostundenlohn von 15,27 Euro. Nach Abzug der oben genannten noch nicht einkalkulierten Rücklagen liegt dieses Ergebnis in etwa auf dem Niveau von Angestelltengehältern in logopädischen Praxen oder darunter [...]“ (Hilbert et. al, 2018, S. 51).

In einer Studie von Schwarzmann et. al. (2018), speziell zur Berufsflucht von Logopädinnen, werden weitere Gründe für das Verlassen des Berufs angegeben.

- Gestiegener bürokratischer Aufwand
- Beachtung von formalen Verordnungsrichtlinien
- Patiententaktung/Therapiefrequenz

- Arbeitszeiten
- Wirksamkeit des Handelns
- Monotonie der Arbeit
- Fehlende Aufstiegschancen

Berufsaussteigerinnen, die als „Systemflüchterinnen“ weiterhin berufstätig sind, heben in erster Linie die gestiegene Autonomie beim Handeln in ihrem neuen Beruf, als auch die gestiegenen Gehälter hervor. Neben der Identifikation qualitativer Aspekte wurde hier auch eine quantitative Befragung mit 433 Logopädinnen durchgeführt: 50% gaben an, über einen Berufsausstieg nachzudenken (Schwarzmann et. al., 2018) (H3).

Schübl (2017) ergänzt in einem Aufsatz zur Berufsflucht in der Ergo- und Physiotherapie, dass das Arbeitsklima eine tragende Rolle bei der Arbeitszufriedenheit spielt. Die Möglichkeit beruflicher Fortbildungen wurden ebenfalls als Faktor für die Zufriedenheit genannt. Die Fortbildungsbereitschaft sei sehr hoch, mangelnde Unterstützung seitens der Arbeitgeberinnen in Bezug auf Freizeitausgleich oder Finanzierung aber gering.

#### b. Teilzeitarbeit

Verschiedene humankapitaltheoretische Varianten zur Geschlechtersegregation bei der Wahl und Ausübung von Berufen beschreiben, dass sich Kosten-Nutzen-Abwägungen von Frauen und Männern „vor dem Hintergrund einer traditionellen familiären Arbeitsteilung systematisch unterscheiden“ (Achatz, 2018, S.391). Ergänzend hierzu beschreibt Gallego Granados (2019) Teilzeitarbeit als überwiegend weibliches Phänomen, welches bei Frauen in den Zwanzigern mit 25% am geringsten sei, jedoch mit zunehmendem Alter anstiege und auch Frauen nach abgeschlossener Sorgearbeit (wie z. B. Kindererziehung) die Rückkehr in eine Vollzeitbeschäftigung nicht schafften.

Da Frauen in den Heilmittelberufen mit knapp 80% (vgl. Kapitel 2) überrepräsentiert sind, ist die Entwicklung der Berufsausübung in Teilzeit ein Faktor, der sich in dieser Branche stark auswirkt.

Die IAB-Arbeitszeitrechnung (2020) gibt im Verlauf von 1991-2019 eine massive Erhöhung der Teilzeitquote an.

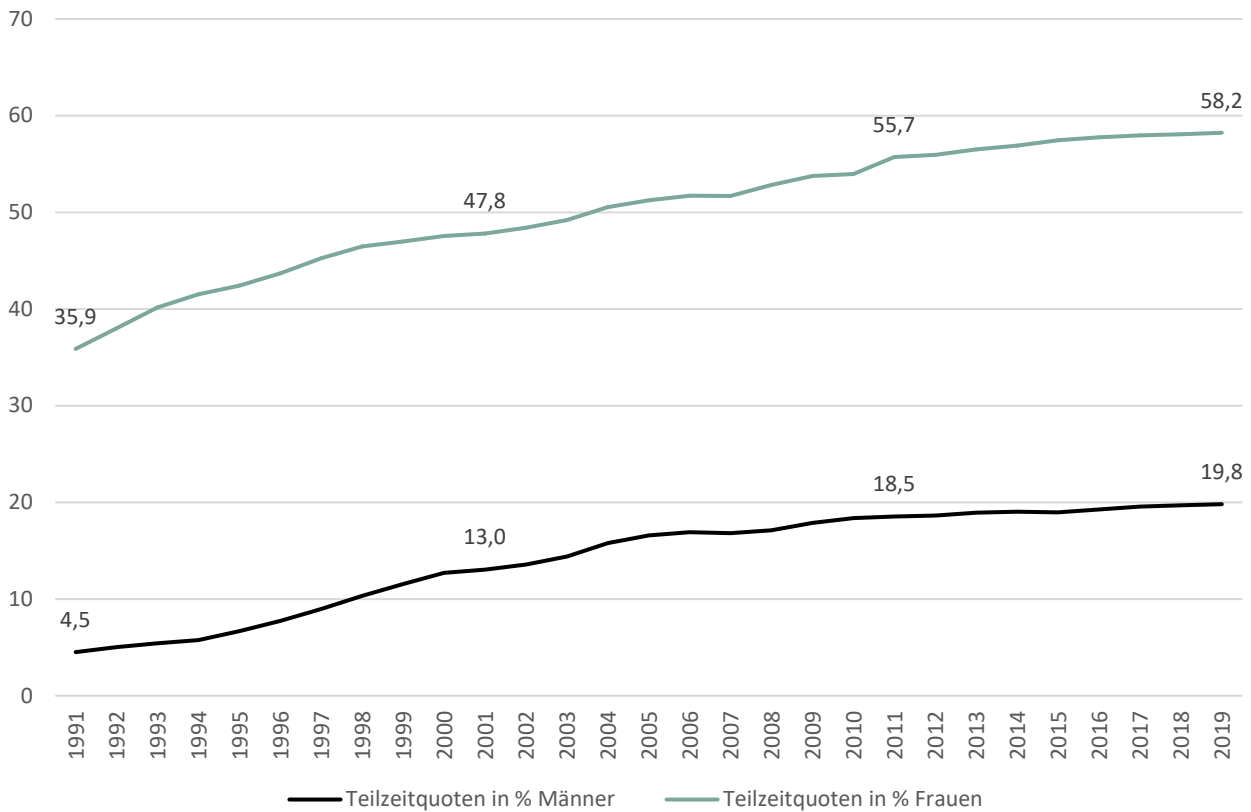


Abbildung 11: Entwicklung der Teilzeitarbeit zwischen 1991 und 2019 in %; eigene Darstellung; Wanger (IAB), 2020

Die Erhöhung der Teilzeitquote hat die Effekte durch den Anstieg der Erwerbsquote insgesamt marginalisiert. In der Zeit von 1991 bis 2019 hat das gesamtwirtschaftliche Arbeitsvolumen um lediglich 3,6% zugenommen. So waren es 1991 60,41 Millionen Arbeitsstunden, 2019 62,60 Millionen Arbeitsstunden (Wanger [IAB], 2020). Im Jahr 2022 betrug die durchschnittliche Wochenarbeitszeit in Deutschland laut statistischem Bundesamt (2023c) 34,7 Stunden (H1, vgl. 4.1).

### c. Zunahme relevanter Erkrankungen und Störungsbilder

Den Faktoren der Berufsflucht und der gesunkenen Vollzeitarbeitsquote, steht die Zunahme der für die Therapie relevanten Erkrankungen und Störungsbilder gegenüber. Ein Hinweis der Zunahme bei psychischen Erkrankungen gibt die Entlassung von Patientinnen und Patienten aus Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland in einem Betrachtungszeitraum von 15 Jahren. Es wurde ein Betrachtungszeitraum zwischen 2004 und 2018 gewählt. Die genesis-Datenbank des statistischen Bundesamtes hält Zahlen bis 2021 bereit. *Aufgrund der Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie in Deutschland zwischen 2019 und 2022 blieben Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen teilweise geschlossen, weshalb dieser Zeitraum unberücksichtigt bleibt.*

1. Psychische Erkrankungen/Störungen (ICD-10-Kategorie-F): Die Gesamtzahl der Entlassungen bei psychischen Erkrankungen stieg im Betrachtungszeitraum um knapp 66% an (Statistisches Bundesamt, 2023b). Ergotherapeutisch besonders relevante Störungsbilder wie zum Beispiel Entwicklungsstörungen (F80-F89 /+201%) oder Depressionen (F32 und F33 /+153%) waren von diesem Trend überproportional betroffen. Entwicklungsstörungen der Sprache und Sprechens (F80) sind logopädisch relevant. Diese stiegen im genannten Zeitraum um 606% (Statistisches Bundesamt, 2023b).
2. Krankheiten des Nervensystems (ICD-10-Kategorie-G): Die Zunahme aller neurologisch induzierten Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen wird vom statistischen Bundesamt (2023b) mit einer Zunahme von 35% angegeben. Hierzu zählen Erkrankungen wie zum Beispiel Morbus Parkinson (G20-G22 /+35%) oder Polyneuropathien (G60-G64 /+134%), die je nach Ausprägung einer physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und/oder logopädischen Behandlung bedürfen. Grundsätzlich können alle neurologischen Erkrankungen therapeutisch behandlungsbedürftig sein (Statistisches Bundesamt, 2023b).
3. Krankheiten des Muskel- und Skelletsystems (ICD-10-Kategorie-M): Im Durchschnitt stieg die Anzahl der entlassenen Patienten dieser Kategorie aus Rehabilitationseinrichtungen zwischen 2004 und 2018 um 6% (Statistisches Bundesamt, 2023b). Besonders nach Amputation oder Gelenkersatz wird eine physiotherapeutische Nachversorgung nötig (Statistisches Bundesamt, 2023b)
4. Voermans (2010) berichtet für die Techniker Krankenkasse (TK) von einer prognostizierten Zunahme der Schlaganfälle in Deutschland von 37%, ausgehend vom Jahr 2007 bis zum Jahr 2030. Je nach Schwere und Ausprägung ist dieser ebenfalls therapeutisch bedeutsam; im Bereich Ergotherapie zählen Patienten mit einem Schlaganfall beziehungsweise einer zerebrovaskulären Erkrankung (I63, I68) mit insgesamt 7,3% zu den häufigsten Patientinnen und Patienten. In der Logopädie zählen die I63 und I68 mit 4,9% ebenfalls zu den zehn häufigsten Patientendiagnosen (Waltersbacher, 2023)



## 4. Untersuchung

„Wissen über soziale Sachverhalte, das auf Tradition, Intuition oder sog. gesunden Menschenverstand basiert, kann im Alltag im Einzelfall zutreffend sein und/oder sich als nützlich erweisen. Nicht-wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn geht aber auch mit erheblichen Problemen einher [...] Der Einfluss und der Anteil von Fehlern, Mythen, Verzerrungen oder Eigeninteressen kann nicht bestimmt werden“ (Döring & Bortz, 2016, S. 5).

Es folgen die Hypothesen sowie die Erläuterungen zur methodischen Vorgehensweise einer empirischen Untersuchung, die mittels quantitativer Fragebogenmethode unter Zuhilfenahme eines teil/nichtstandardisierten, anonymisierten Fragebogens zwischen dem 17.07.2023 und dem 30.07.2023 durchgeführt wurde. Im Anschluss werden die Untersuchungsergebnisse dargestellt und diskutiert.

### 4.1 Hypothesen

**H1:** Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von angestellten Therapeutinnen in den Praxen der Teilnehmerinnen der gültigen Gesamtstichprobe liegt unter dem Bundesdurchschnitt der allgemeinen Wochenarbeitszeit von 34,7 Stunden (Statistisches Bundesamt, 2023b).

**H2:** Die Vakanzzeiten bei offenen Stellen in den Praxen der Teilnehmerinnen der gültigen Gesamtstichprobe sind länger, als von der BA (2023b) ermittelt.

**H3:** Die Ergebnisse zur Berufsfucht der gültigen Gesamtstichprobe bestätigen die Studienergebnisse zur Berufsfucht von Schwarzmann et. al. (2018) und lassen eine Vergleichbarkeit mit der Ergo- und Physiotherapie zu.

**H4:** Der Fachkräftemangel in den PEL-Berufen verhindert nicht nur wirtschaftliches Wachstum bei den Teilnehmerinnen der gültigen Gesamtstichprobe; er forciert betriebswirtschaftliche Schrumpfungprozesse bis hin zur Geschäftsaufgabe.

### 4.2 Methodische Vorgehensweise

Für den Erkenntnisgewinn zur Darstellung der Arbeitsmarktsituation in ambulanten Praxen der Heilmittelbranche des gesamten Bundesgebiets wurde ein Fragebogen auf der Software-Plattform von „Tivian“ (Version EFS Fall 2022) erstellt.

Die quantitative Fragebogenmethode hat ihre Vorteile gegenüber einer Interviewsituation darin, dass aufgrund der selbstadministrierten Vorgehensweise deutlich mehr Personen als in einer Interviewsituation befragt werden können. Die Befragungspersonen können den Fragebogen bear-

beiten, ohne einen Gesprächstermin vereinbaren zu müssen und sind aufgrund des niederschweligen Zugangs eher bereit, den Fragebogen zu bearbeiten als einem Interview zuzustimmen (Döring & Bortz, 2016). Gemäß der Einteilung von Steiner & Benesch (2021), handelt es sich um einen teilstandardisierten Fragebogen in Bezug auf den Ablauf, da die Fragenreihenfolge festgelegt ist, die Anzahl der Fragen aber je nach Antworten variieren kann. Die Antwortmöglichkeiten sowie die Formulierungen der Fragen sind standardisiert. Die Interviewsituation ist nichtstandardisiert, da die Teilnehmer während der Durchführung frei sind in der Wahl der Zeit und des Ortes der Teilnahme. Die Bearbeitung erfolgt webbasiert.

*Validität* wird dadurch gewährleistet, dass der Fragebogen den Merkmalsbereich abbildet, also die Merkmale und Zustände abfragt, die es zu messen gilt. Die Abfrage, die Auswertung und die Interpretation der Merkmale müssen *objektiv* darstellbar sein. Die Fragen sollten so gestellt werden, dass die Antworten vergleichbar sind, wenn unterschiedliche Fragen zu einer gleichen Merkmalsfacette gestellt werden. Dies ist Ausweis für eine hohe *Zuverlässigkeit* (Kallus, 2016). Der Fragebogen enthält keine Items zur psychometrischen Erfassung von Merkmalsbereichen, sondern ausschließlich Items, die über eine Intersubjektivität hinaus auch zahlenobjektiv nachvollzogen werden können. Neben der einfachen Nachvollziehbarkeit lässt sich dadurch das Risiko negativer Antworttendenzen reduzieren. Steiner & Benesch (2021) weisen unter anderem auf das Phänomen der „sozialen Erwünschtheit“ hin, bei dem Versuchspersonen tendenziell in die Richtung antworten, die von ihnen erwartet wird. In Anbetracht des subjektiv starken Drucks in der Branche in Bezug auf den Arbeitsmarkt, ist das ein relevanter Faktor, während Faktoren wie „Verfälschung aufgrund der Tendenz, zu raten“ oder „Mustermalen“ ausgeschlossen werden können.

Vor Beginn der Durchführungsphase sollte ein Pretest zur Ermittlung schwer verständlicher oder unangemessener Fragestellungen innerhalb der Zielgruppe erfolgen. (Kallus, 2016).

### **4.3 Aufbau des Fragebogens**

Der Fragebogen beginnt mit einer ersten Seite, auf welcher der Titel der Arbeit sowie der Verfasser und die Hochschule genannt werden. Es wird auf die Anonymität der Datenerhebung hingewiesen, die voraussichtliche Bearbeitungsdauer genannt und die Zielgruppe beschrieben. Die letzte Seite des Fragebogens enthält eine Dankesformel (Hollenberg, 2016).

Der Fragebogen ist an diese Arbeit angehängt (Anlage I).

Der Hauptteil des Bogens besteht aus zehn bis vierzehn Fragen – je nach Antwort der Teilnehmerin werden bis zu drei Filter ausgelöst. Die Fragen werden immer in der gleichen Reihenfolge präsentiert. Die drei Antworttypen sind „Einfachauswahl“ (E), „Mehrfachauswahl“ (M) und „Textfeld“

(T). Die drei dichotomen Fragen 6, 9 und 10 werden mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet. „Ja“ löst jeweils den Filter aus, der zu mindestens einer Folgefrage führt.

1. Für welche Therapie(n) ist deine (Haupt)Praxis zugelassen? → M
2. Wo liegt deine (Haupt)Praxis? → T
3. Wie groß ist der Ort/die Stadt, in dem/der deine (Haupt)Praxis liegt? → E
4. Wie viele Therapeuten arbeiten in deiner (Haupt)Praxis? → T (H1)
5. Wie viele Stunden arbeiten die Therapeuten in deiner Praxis wöchentlich? → T (H1)
6. (Filter) Hast du mindestens eine offene Stelle für Therapeuten zu besetzen? → E (H2)
  - Hast du die offene Stelle der Agentur für Arbeit gemeldet? → E (H2)
  - Wie lange ist die Stelle schon offen? → E (H2)
7. Auf welchem Wege machst du Bewerber auf eine offene Stelle aufmerksam? → M
8. Wie viele Bewerbungen hast du auf die letzte Stelle erhalten, die du besetzt hast? → T
9. (Filter) Hat mindestens ein Therapeut deine Praxis in den vergangenen fünf Jahren verlassen und den Beruf danach aufgegeben? → E (H3)
  - Wie viele Therapeuten haben deine Praxis in den letzten fünf Jahren verlassen und den Beruf mittlerweile aufgegeben? → E (H3)
10. (Filter) Wirkt sich der allgemeine Fachkräftemangel negativ auf die wirtschaftliche Situation deiner Praxis aus? → E (H4)
  - Trifft eine der folgenden Aussagen auf dich zu? → M (H4)

Für Auswertungszwecke ist jede verbale Antwortkategorie mit einem passenden numerischen Wert codiert (Kallus, 2016). Das Codebuch ist an diese Arbeit angehängt (vgl. Anhang II).

Am 16.07.2023 wurde der Fragebogen mit drei Personen, die der unter 4.4 beschriebenen Zielgruppe angehören, als Pretest durchgeführt. Der Pretest verlief störungsfrei, ohne kritische Anmerkungen oder fehlende Werte.

#### 4.4 Zielgruppe und Stichprobenbildung

Die Zielgruppe lässt sich deutlich eingrenzen: *Jede Berufsträgerin kann teilnehmen, die gleichzeitig Inhaberin einer Praxis für Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie ist (auch mehrere Zulassungen möglich) und mindestens eine Therapeutin im Angestelltenverhältnis beschäftigt.*

Die Verbreitung des Fragebogens erfolgte online über die Social-Media-Kanäle „Facebook“ und „LinkedIn“. Außerdem haben die Berufsverbände BED e.V. (Ergotherapie) und LOGO Deutschland e.V. (Logopädie) einen Aufruf zur Teilnahme in ihren Newsletter, der per E-Mail versendet wird, aufgenommen.

## 4.5 Ergebnisdarstellung

572 Teilnehmerinnen haben den Fragebogen ausgefüllt.

Wie bei Höfler (2019) als Möglichkeit beschrieben, wurden Werte manuell herausgelassen und die Kriterien dafür selbst bestimmt. Von den 572 Teilnehmerinnen entsprachen 21 Teilnehmerinnen nicht dem Anforderungsprofil, da sie keine Angaben zu Mitarbeiterinnen machten und angenommen werden muss, dass sie keine beschäftigten. Ihre Datensätze wurden entfernt. Weiterhin wurden die Datensätze von 17 Teilnehmerinnen entfernt, deren Angaben bei den Textfeld-Fragen 4 und 5 nicht nachvollziehbar/unlogisch (error outlier) waren.

3 Teilnehmerinnen hatten fehlende Werte bei der Textfeld-Frage Nummer 2. Mit Microsoft Excel wurden Zufallszahlen generiert ( $f_x = \text{ZUFALLSBEREICH}(01;99)$ ) und die Datensätze komplettiert. Weitere 9 Teilnehmerinnen hatten fehlende Werte bei den Textfeld-Fragen Nummer 4 und 5. Hier erfolgte eine Analyse der fehlenden Werte mit IBM SPSS; anschließend wurden die arithmetischen Mittelwerte (4,5) auf eine natürliche Zahl aufgerundet (5) und imputiert, um die Datensätze zu vervollständigen.

„N“ bezeichnet die Gesamtstichprobe, „n<sub>x</sub>“ jeweils eine Teilmenge der Gesamtstichprobe (American Psychological Association [APA], 2017).

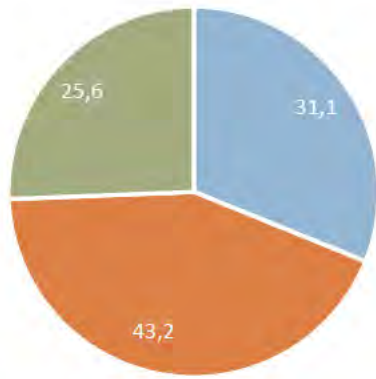
Die gültige Gesamtstichprobe N beträgt 534.

Die deskriptive und induktive Statistik wird mithilfe von IBM SPSS (Version 29.0.1.0) und Microsoft Excel (Version 2307) errechnet.

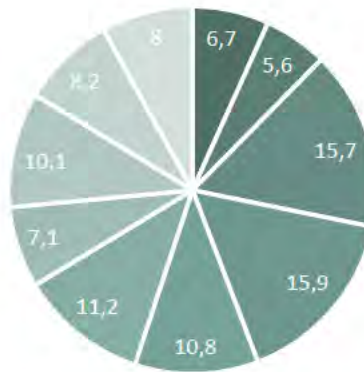
### 4.5.1 Herkunft der Teilnehmerinnen

Die Zulassungen von N=534 verteilen sich auf den Bereich Physiotherapie  $n_1=181$ , Ergotherapie  $n_2=252$  und Logopädie  $n_3=149$  (siehe Abbildung 12). Es ergibt sich ein Gesamtwert von 582, welcher 100% aller Zulassungen von N entspricht.  $\sum n_1; n_2; n_3 > N$  erklärt sich durch die Möglichkeit mehrerer Zulassungen in einer Praxis.

Regional verteilt sich N auf die Postleitzahlengebiete 0=39 ( $n_4$ ), 1=29 ( $n_5$ ), 2=84 ( $n_6$ ), 3=85 ( $n_7$ ), 4=58 ( $n_8$ ), 5=60 ( $n_9$ ), 6=38 ( $n_{10}$ ), 7=54 ( $n_{11}$ ), 8=44 ( $n_{12}$ ) und 9=43 ( $n_{13}$ ) - siehe Abbildung 13. Die urbane versus ländliche Verteilung stellt sich wie folgt dar: Unter 10.000 Einwohnerinnen=155 ( $n_{14}$ ), unter 50.000 Einwohnerinnen=178 ( $n_{15}$ ), unter 100.000 Einwohnerinnen=62 ( $n_{16}$ ), unter 250.000 Einwohnerinnen=54 ( $n_{17}$ ) und über 250.000 Einwohnerinnen=85 ( $n_{18}$ ) - siehe Abbildung 14.



■ Physiotherapie ■ Ergotherapie  
■ Logopädie



■ 0 ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■ 7 ■ 8 ■ 9



■ <10.000 EW ■ <50.000 EW  
■ <100.000 EW ■ <250.000 EW  
■ >250.000 EW

Abbildung 12: Verteilung der Zulassungen in %; Eigene Darstellung; eigene Berechnung

Abbildung 13: Verteilung von N auf die PLZ in %; eigene Darstellung, eigene Berechnung

Abbildung 14: Darstellung der ländlichen versus urbanen Verteilung von N in %; eigene Darstellung; eigene Berechnung

#### 4.5.2 Arbeit & Arbeitszeit / H1

Bei der Anzahl der Therapeutinnen in einer Praxis beträgt das arithmetische Mittel 4,5 bei einem Median von 4,0; einem Minimalwert von 1 und einem Maximalwert von 28.

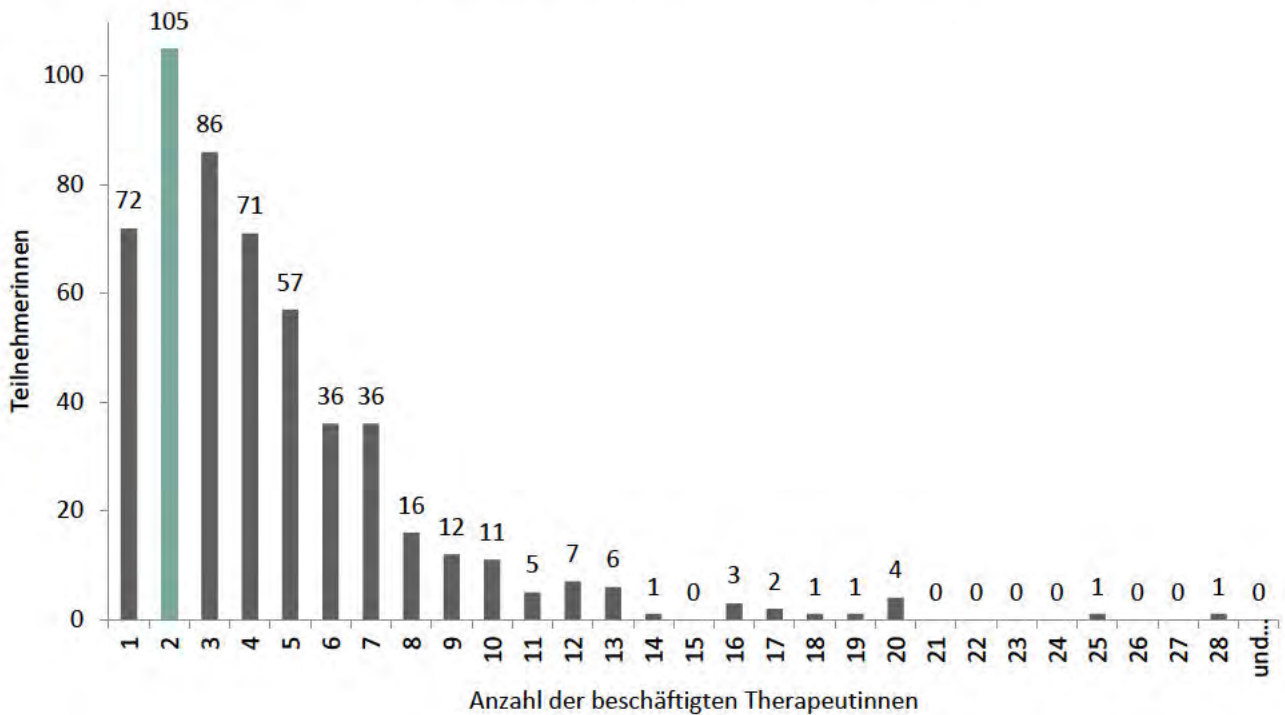
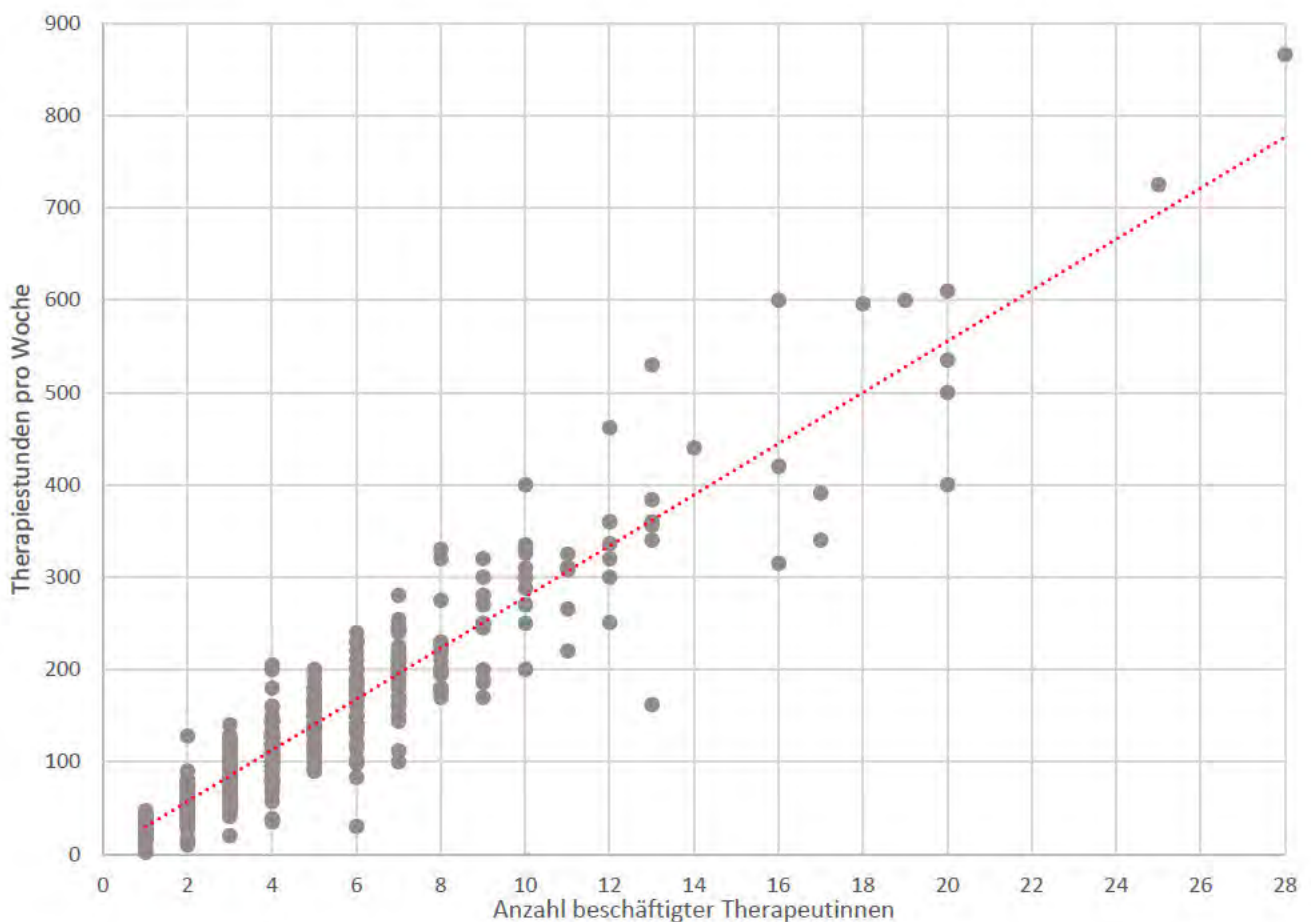


Abbildung 15: Darstellung der Anzahl der angestellten Therapeutinnen bei N; eigene Darstellung; eigene Berechnung

Es ergibt sich eine linkssteile Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Anzahl der beschäftigten Therapeutinnen (siehe Abbildung 15). Mit 64,3% haben nahezu zwei Drittel der Stichprobe 1 bis 5 Therapeutinnen beschäftigt. Die relative Mehrheit von 19,7% beschäftigt 2 Therapeutinnen ( $n_{19}=105$ ).

Durchschnittlich 126,5 Stunden pro Woche arbeiten angestellte Therapeutinnen in den Praxen der Stichprobe N. Die Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Therapeutinnen und der Therapiestunden in einer Praxis ist statistisch signifikant: Der Pearson-Korrelationskoeffizient hat einen Wert von 0,95. Der Signifikanztest wurde einseitig durchgeführt, da ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der Therapeutinnen und der Anzahl der geleisteten Therapiestunden vermutet werden kann und liegt deutlich unter dem Signifikanzniveau von 1%.



**Abbildung 16:** Darstellung einer linearen Regression: Anzahl angestellter Therapeutinnen/Arbeitsstunden der Praxis in Wochenstunden; eigene Darstellung; eigene Berechnung

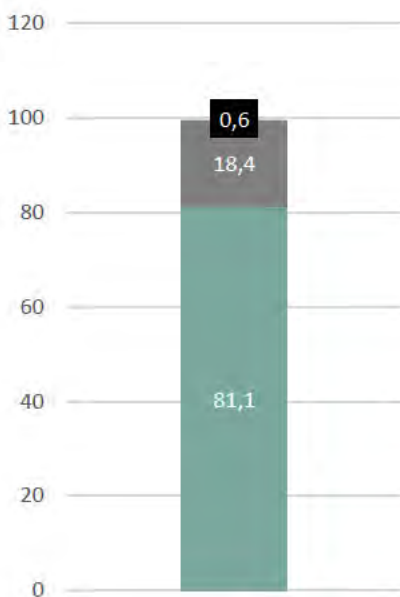
Die Berechnung der linearen Regression ergibt einen  $R^2$ -Wert von 0,89. Abbildung 16 verdeutlicht den Zusammenhang, der intuitiv nachvollziehbar ist.



**H1:** Die Summe der angestellten Therapeutinnen ( $x_1$ ) in N-Praxen beträgt 2.405. Die Summe der Wochenarbeitsstunden ( $y_1$ ) dieser Therapeutinnen beträgt insgesamt 67.566,5. Die durchschnittliche Arbeitszeit einer Therapeutin ( $y_1/x_1$ ) in einer N-Praxis beläuft sich somit auf 28,1 Stunden. Vergleicht man den Wert mit der durchschnittlichen, wöchentlichen Arbeitszeit in Deutschland von 34,7 Stunden (statistisches Bundesamt, 2023), ergibt sich eine Differenz von 6,6 Stunden. Das Arbeitsstundenniveau von N-Praxen liegt gegenüber dem Durchschnittsniveau aller Beschäftigten in Deutschland bei 81%. **Die Nullhypothese zu H1 wird abgelehnt.**

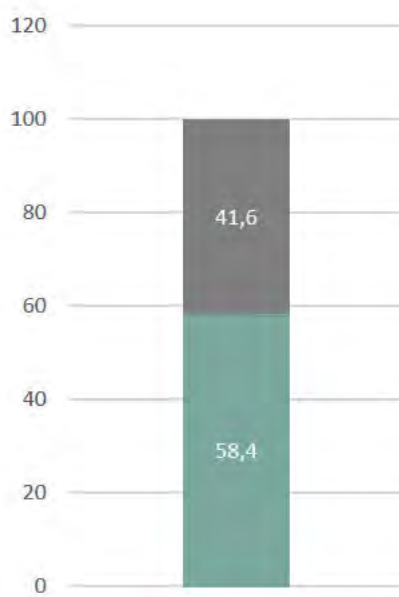
### 4.5.3 Offene Stellen / H2

Nur jede fünfte Teilnehmerin hatte keine offene Stelle in ihrer Praxis zu vergeben ( $n_{20}=98$ ), wie Abbildung 17 zeigt. Über 80% der Teilnehmerinnen hatten mindestens eine Stelle offen ( $n_{21}=433$ ). Drei Praxisinhaberinnen machten keine Angaben ( $n_{22}=3$ )



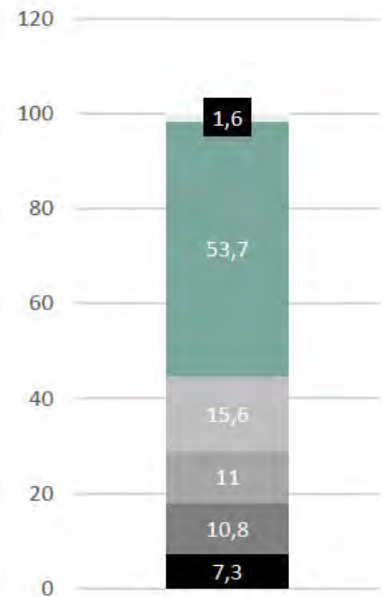
keine Angabe  
Keine offene Stelle  
Offene Stelle(n)

**Abbildung 17:** Offene Stellen bei N in %; eigene Darstellung; eigene Berechnung



BA gemeldet BA nicht gemeldet

**Abbildung 18:** Offene Stellen durch N bei BA gemeldet in %; eigene Darstellung; eigene Berechnung



weniger als 1M weniger als 3M  
weniger als 6M weniger als 1J  
über 1J keine Angabe

**Abbildung 19:** Offene Stelle vakant – Anteil in %; eigene Darstellung, eigene Berechnung

Abbildung 18 zeigt, dass von den 433 Teilnehmerinnen, die mindestens eine offene Stelle zu vergeben haben, weit über ein Drittel diese offene(n) Stelle(n) nicht bei der Bundesagentur für Arbeit angezeigt haben ( $n_{23}=183$ ). 257 haben der BA die Stelle(n) gemeldet ( $n_{24}=257$ ). Auch hier machten drei Personen keine Angaben ( $n_{25}=3$ ).

Eine absolute Mehrheit der Teilnehmerinnen ( $n_{26}=234$ ), die mindestens eine offene Stelle zu besetzen haben ( $n_{21}$ ), geben eine Vakanzzeit von mindestens einem Jahr an (siehe Abbildung 19). Allgemein ist festzustellen, dass die Zahl mit steigender Vakanzzeit zunimmt. 32 Teilnehmerinnen warten weniger als einen Monat auf eine Bewerbung ( $n_{27}=32$ ), 47 warten weniger als drei Monate ( $n_{28}=47$ ), 48 weniger als sechs Monate ( $n_{29}=48$ ), 68 warten zwischen 6 Monaten und einem Jahr ( $n_{30}=68$ ). 4 machten keine Angaben ( $n_{31}=4$ ). *Hierbei muss dringend beachtet werden, dass es sich um laufende Warteprozesse handelt. N-Teilnehmerinnen beschreiben also lediglich, dass sie aktuell weniger als eins, drei, sechs oder zwölf Monate warten.*

**H2:** Bei der Berechnung der Vakanzzeit in Tagen ( $x_2$ ) werden die arithmetischen Mittelwerte der ersten vier Antworten der Frage „Wie lange ist die Stelle schon offen?“ genutzt. Antwortmöglichkeit 5 wird mit dem Minimalwert „365“ belegt. Es ergeben sich die Werte  $t_1=15,2$ ,  $t_2=60,8$ ,  $t_3=136,9$ ,  $t_4=273,8$  und  $t_5=365$ .

Die Zeitwerte  $t_x$  werden mit der Anzahl der jeweiligen Nennungen multipliziert und anschließend summiert ( $y_2$ ):  $(n_{26}t_1)+(n_{27}t_2)+(n_{28}t_3)+(n_{29}t_4)+(n_{20}t_5)=y_2$ .

$$(32*15,2)+(47*60,8)+(48*136,9)+(68*273,8)+(234*365)=113.943,6$$

Die Summe wird durch die Anzahl der abgegebenen Antworten geteilt:  $y_2/(n_{21}-n_{22})=x_2$ .

$$113.943,6/430=264,9$$

Die durchschnittliche Vakanzzeit von  $n_{21}$  beträgt 265 Tage, während die von der Bundesagentur für Arbeit angegebene durchschnittliche Vakanzzeit zwischen 188 Tagen in der Ergotherapie und 243 Tagen in der Logopädie (vgl. Abbildung 8) liegt. **Die Nullhypothese zu H2 wird abgelehnt.**



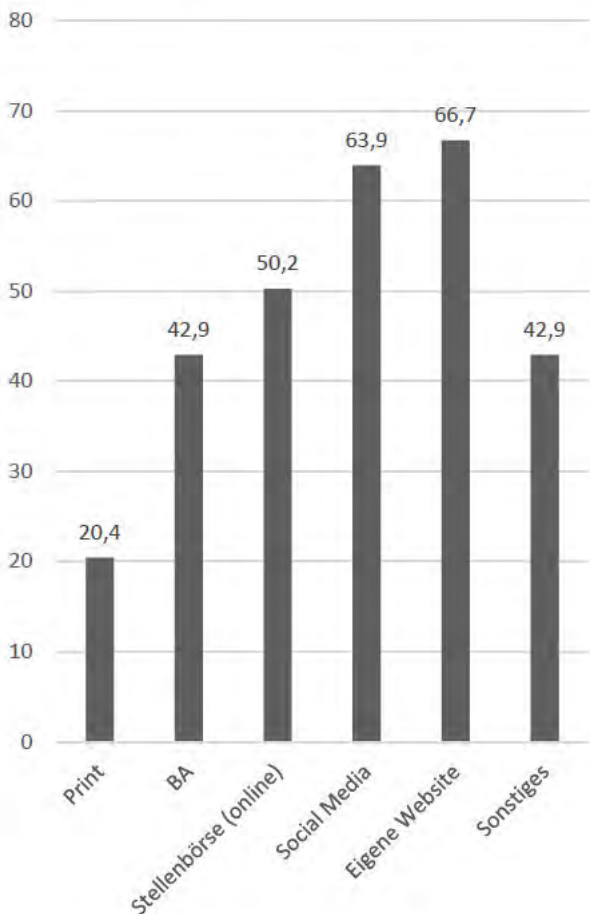


Abbildung 20: Annoncierung von offenen Stellen bei N in %; eigene Darstellung; eigene Berechnung

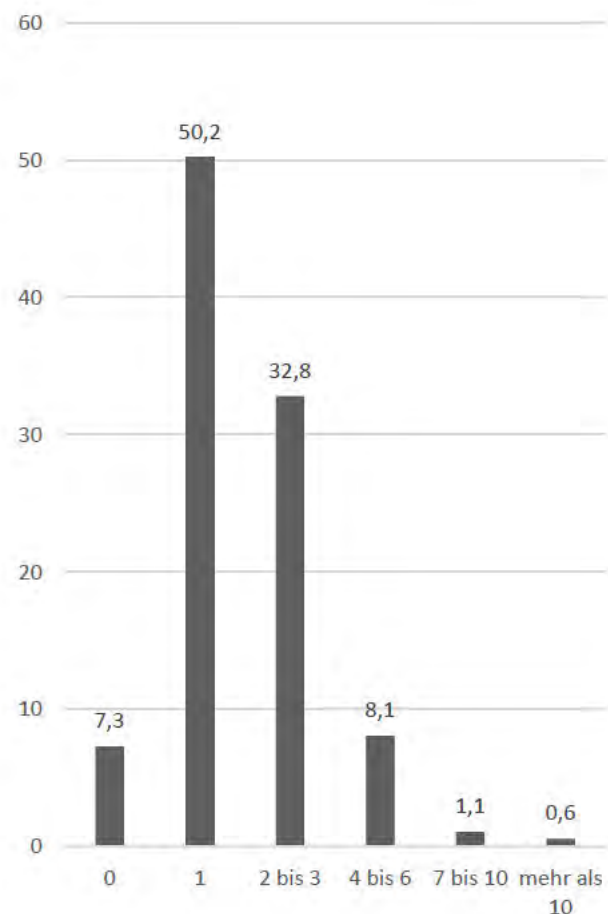


Abbildung 21: Anzahl erhaltener Bewerbungen bei N in %; eigene Darstellung; eigene Berechnung

Offene Stellen werden in erster Linie im Internet annonciert, wie Abbildung 20 verdeutlicht. Abbildung 21 zeigt auf, dass die Hälfte von N-Teilnehmerinnen auf ihre letzte offene Stelle lediglich eine Bewerbung erhalten haben ( $n_{32}=268$ ). 83% erhielten nicht mehr als drei Bewerbungen auf ihre letzte offene Stelle ( $n_{33}=443$ ).

#### 4.5.4 Berufsflicht / **H3**

Von 534 Teilnehmerinnen berichten 209 ( $n_{34}$ ) davon, dass Therapeutinnen in den vergangenen fünf Jahren das Arbeitsverhältnis mit ihnen gelöst und den Beruf im Anschluss verlassen hätten. Die meisten Teilnehmerinnen berichten von einer Therapeutin. 8 ( $n_{35}$ ) Teilnehmerinnen geben an, 4 oder mehr Therapeutinnen verloren zu haben, die mittlerweile nicht mehr therapeutisch arbeiten (siehe Abbildung 21)

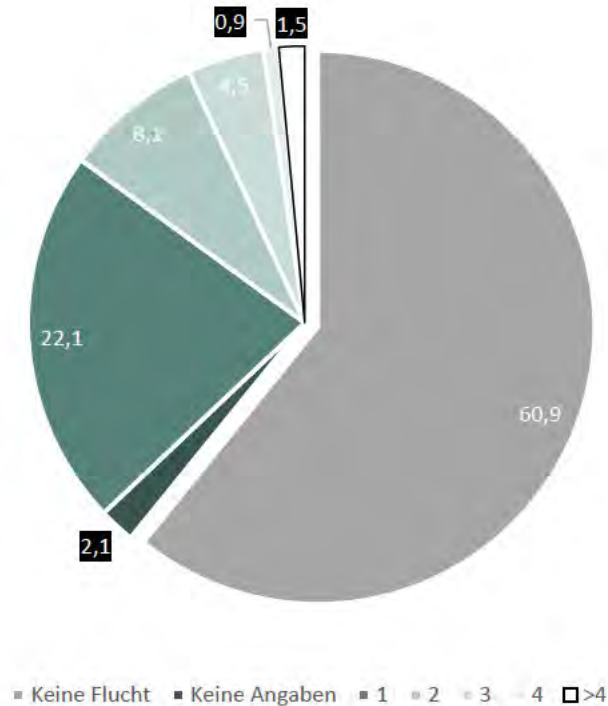


Abbildung 22: Angaben von N zur Frage von Berufsflucht in ihrer Praxis in %; eigene Darstellung; eigene Berechnung

11 ( $n_{36}$ ) Teilnehmerinnen beziehungsweise 2,1% von N gaben zwar an, in den vergangenen fünf Jahren mit Fällen von Berufsflucht in ihrer Praxis konfrontiert worden zu sein, nannten aber keine Anzahl.

**H3:** Schwarzmann et. al. gaben 2018 an, dass in ihrer Befragung (433 Logopädinnen) 50% erklärten, über ein Verlassen des Berufs nachzudenken.

39,1% von N-Teilnehmerinnen haben zwischen 2018 und 2023 (Frage 9: „[...] in den vergangenen fünf Jahren [...]“) mindestens eine Therapeutin verloren, die heute nicht mehr in dem Beruf arbeitet. Mehr als ein Drittel von  $n_{34}$  gibt mindestens zwei Therapeutinnen an.

Die Auswertung von Kreuztabellen zeigt folgendes Bild:

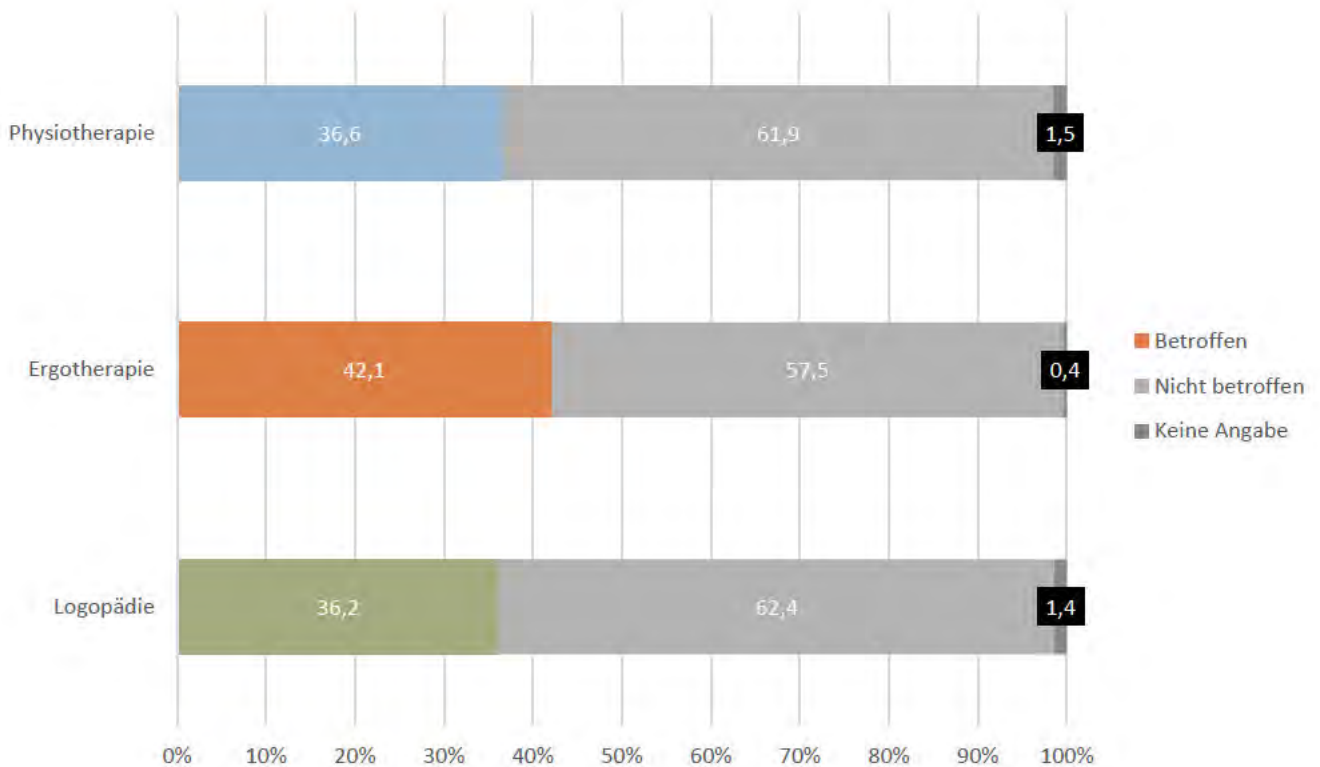


Abbildung 23: Darstellung einer Kreuzauswertung zur Berufsfucht in der jeweiligen Disziplin in %, eigene Darstellung; eigene Berechnung

Die Kreuztabellen bestätigen eine Vergleichbarkeit der PEL-Berufe. Die Bereiche Ergo- und Physiotherapie sind noch stärker betroffen als der Bereich Logopädie.

**Die Nullhypothese zu H3 wird abgelehnt.**

#### 4.5.5 Wirtschaftliche Situation / **H4**

388 ( $n_{37}=388$ ) Teilnehmerinnen berichten von negativen Konsequenzen in Bezug auf die wirtschaftliche Situation ihrer Praxis, die primär auf den Fachkräftemangel zurückzuführen sind; das entspricht 72,7%.

**H4:** Abbildung 24 präzisiert die Auswirkungen durch den Fachkräftemangel und vergleicht gleichzeitig die Auswirkungen bei N und  $n_{37}$  miteinander.



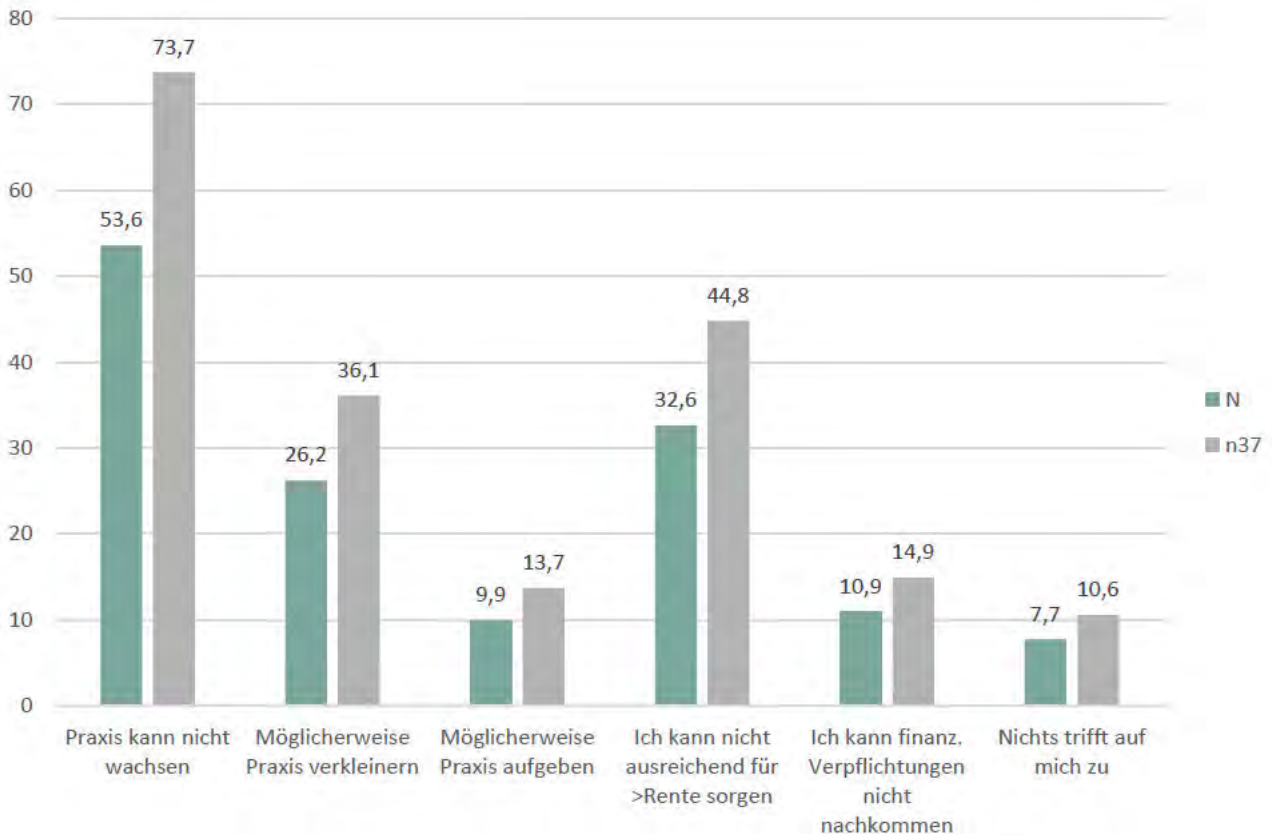


Abbildung 24: Vergleich N und n<sub>37</sub> in Bezug auf die wirtschaftliche Situation in Praxen in %; eigene Darstellung; eigene Berechnung

Über die Hälfte von N-Teilnehmerinnen kann die eigene Praxis nicht erweitern, da das dafür notwendige Personal fehlt (n<sub>38</sub>=286). Ein Viertel von N muss sich mit der Möglichkeit einer Praxisverkleinerung auseinandersetzen (n<sub>39</sub>=140).

Jede zehnte Teilnehmerin muss ihre Praxis möglicherweise aufgeben (n<sub>40</sub>=53). Ebenfalls jede Zehnte dokumentiert, ihren laufenden finanziellen Verpflichtungen aufgrund des Fachkräftemangels nicht immer nachkommen zu können (n<sub>41</sub>=58). Eine angeschlossene Fallanalyse ergab, dass 21 Teilnehmerinnen sowohl zur Gruppe von n<sub>40</sub> als auch zu n<sub>41</sub> zählen **Die Nullhypothese zu H4 wird abgelehnt.**

## 5. Diskussion, Limitation und kritische Aspekte der Arbeit

„Grundsätzlich wird die Qualität einer empirischen Arbeit bzw. Untersuchung daran gemessen, ob sie das bestehende Wissen in ihrem Untersuchungsfeld erweitern und bereichern kann, also ob in gewisser Weise ein „Neuigkeitswert“ besteht“ (Steiner & Benesch, 2021, S. 31).

Die Größe der Stichprobe – weit über 500 Teilnehmer - ist ein Hinweis für die hohe Relevanz des Forschungsthemas; zumindest innerhalb der Heilmittelbranche.

Teilnehmerinnen aus den Bereichen Logopädie und vor Allem der Ergotherapie sind überproportional vertreten (vgl.  $n_2$ ,  $n_3$ ). Ein Grund hierfür könnte sein, dass sich sowohl in der Ergotherapie (BED e.V.) als auch in der Logopädie (LOGO Deutschland e.V.) jeweils ein Verband bereit erklärt hatten, einen Aufruf an die Mitglieder zur Teilnahme am Fragebogen via Mail zu verbreiten. Alle vier angefragten Physiotherapieverbände lehnten einen solchen Aufruf ab.

Die regionale Verteilung ist einigermaßen gleichförmig. Die überproportionale Teilnahme der PLZ-Gebiete 2 und 3 könnte mit der Herkunft sowohl des Forschenden als auch eines bekannten Berufsaktivisten zusammenhängen. Beide haben den Aufruf zur Teilnahme am Fragebogen in ihrem Umfeld verteilt. Eine stärkere, regionale Vernetzung liegt hierbei in der Natur der Sache.

Während ein bestehendes Verhältnis von Beschäftigtenanzahl und Anzahl der Therapiestunden (vgl. Abbildung 16) auf der Hand liegt, ist das hohe Bestimmtheitsmaß ( $R^2$ -Wert 0,89) ein Hinweis auf Güte und Validität der Datensätze.

### 5.1 Wochenarbeitszeit /

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit in PEL-Praxen erreicht nur einen Wert von 28,1 Stunden pro Woche. Dieser liegt knapp 20% unter dem Durchschnittswert der wöchentlichen Arbeitszeit im Bundesdurchschnitt (vgl. 4.5.2). Der Wert zeigt an, dass die Anzahl an Beschäftigten um ein Fünftel steigen müsste, allein um ein bundesdurchschnittliches Arbeitszeitniveau zu erreichen. Ein Faktor für den Fachkräftemangel ist also nicht nur das Fehlen von Therapeutinnen per se, sondern auch der in Relation niedrigere Grad an Wochenarbeitsstunden der aktuell beschäftigten Therapeutinnen. Ein Zusammenhang mit der hohen Frauenquote von 79% (Statistisches Bundesamt, 2021/vgl. 2.) in Verbindung mit der hohen Teilzeitarbeitsquote von 58,2% bei Frauen (IAB-Arbeitszeitrechnung, 2020/vgl. 3.3.3) wirkt schlüssig.

## 5.2 Arbeitsmarkt = Arbeitnehmerinnenmarkt / H2

Aufgrund der niedrigen Melderate freier Stellen für Therapeutinnen in Praxen von unter 60% (vgl. 4.5.3/n<sub>23</sub>), ist der Bundesagentur für Arbeit eine realistische Darstellung der Vakanzzeit für offene Stellen bei Therapeutinnen nicht möglich. Auch die vorliegende Arbeit ist lediglich in der Lage, einen Näherungswert von 265 Tagen zu beschreiben über den man sagen kann, dass er einen realistischen Mindestwert darstellt.

Über 80% aller Teilnehmerinnen hatten eine offene Stelle zu besetzen, Über die Hälfte davon gibt an, dass sie diese Stelle seit über einem Jahr nicht besetzen konnten.

*Der Fragebogen hat hier keine weiteren Informationen abgefragt, weshalb der absolute Mindestwert von 365 Tagen (vgl. t<sub>5</sub>) als Grundlage der Berechnung herangezogen wurde. Ob Teilnehmerinnen bereits mehrere Jahre auf die Stellenbesetzung warten, bleibt ungeklärt. 265 Tage Mindest-Vakanzzeit sind für offene Stellen ein Wert, der mathematisch schlüssig dargestellt werden kann, mit hoher Wahrscheinlichkeit aber deutlich unter der Realvakanz liegt.*

Anzunehmen ist, dass die Angaben der Bundesagentur für Arbeit von 236/188/243 Tagen (vgl. Abbildung 8) ein zu optimistisches Bild zeichnen.

Die Hälfte von N-Teilnehmerinnen hat eine offene Stelle nach der ersten Bewerbung besetzt. *Hierbei muss die Formulierung neutral gehalten sein, da die Vermutung, es habe lediglich eine Bewerbung gegeben und die betroffenen Teilnehmerinnen seien zur Einstellung nach nur einer Bewerberin genötigt gewesen zwar nahe liegt; anhand der Datenlage lässt es sich aber nicht zweifelsfrei aussagen.*

## 5.3 Berufsflucht / H3

Die vorliegende Arbeit schreibt in Fragen der Berufsflucht die pessimistische Darstellung von Schwarzmann et. al. (2018) fort. Während die Arbeit aus 2018 (also vor circa fünf Jahren) beschrieb, dass 50% der befragten Logopädinnen über einen Berufsausstieg nachdenken, berichten 36,2% aller an diesem Fragebogen teilnehmenden Logopädie-Praxen (n<sub>3</sub>) davon, dass ein endgültiger Berufsausstieg von mindestens einer angestellten Logopädin in den vergangenen fünf Jahren vollzogen wurde.

Auch hier ist eine Vergleichbarkeit mit der Physiotherapie (36,6%) und der Ergotherapie (42,1%) gegeben. Die Logopädie zeigt sogar den niedrigsten Wert (vgl. Abbildung 23). 1,5% von N-Praxen berichten davon, dass mehr als vier Therapeutinnen in den vergangenen fünf Jahren sowohl Praxis als auch Beruf verlassen haben.

*Hier stößt der Erkenntnisgewinn der Arbeit wieder an Grenzen, da „>4“ den Maximalwert angibt – eine quantitative Erhebung der absoluten Zahl an verlorenen Therapeutinnen in den betroffenen Praxen und einer damit möglichen Quotendarstellung des Schwunds in N-Praxen ist ebenso unmöglich, wie die qualitative Klärung über den Verbleib der (ehemaligen) Therapeutinnen.*

#### **5.4 Die wirtschaftliche Situation der Praxen / H4**

Nahezu Dreiviertel von N-Teilnehmerinnen spüren aufgrund des Fachkräftemangels negative Auswirkungen in Bezug auf die wirtschaftliche Situation ihrer Praxis. Nicht umsetzbare Expansionsbestrebungen aufgrund des Mangels an Therapeutinnen sind hierbei die sowohl häufigste als auch harmloseste Konsequenz.

Über ein Viertel von N und über ein Drittel von  $n_{37}$  können den Status quo ihrer Praxis jedoch möglicherweise nicht aufrechterhalten, müssen sich räumlich verkleinern oder das therapeutische Angebot für Klientinnen und Klienten beziehungsweise Patientinnen und Patienten einschränken. Die Rentenvorsorge wird bei knapp einem Drittel von N beziehungsweise bei knapp der Hälfte von  $n_{37}$  als unzureichend beschrieben.

Jede zehnte N-Teilnehmerin macht besonders prekäre Angaben: Die Praxis kann möglicherweise nicht gehalten werden und/oder die Teilnehmerin ist nicht in der Lage, ihren laufenden finanziellen Verpflichtungen nachzukommen.

*Auch an dieser Stelle kann nicht weiter festgestellt werden, welche laufenden Verpflichtungen nicht beglichen werden können, ob es sich um ein temporäres oder dauerhaftes Problem handelt oder ob finanzielle Zwänge der tatsächliche Grund für eine mögliche Geschäftsaufgabe sind. Auch wurde ein „ausreichendes“ Rentenvorsorgeniveau nicht präzise definiert. Hier wäre eine qualitative Vertiefung/Definition der Begrifflichkeiten hilfreich für ein genaueres Lagebild gewesen.*

Die Stichprobe und die sich anschließenden Berechnungen waren nicht in der Lage, eine der vier aufgestellten Hypothesen (vgl. S. 26) zu widerlegen. Sie konnten den Eindruck der Gültigkeit der Hypothesen verstärken.

## 6. Fazit und Ausblick

„Nicht nur Kinder, auch Kranke (und Alte und Obdachlose) wollen gesehen, gehört berührt werden; und sie erwarten *Antworten*, nicht bloß *Behandlungen*. Sind die Arbeitsbedingungen dann so beschaffen, dass die Resonanzerwartungen ebenso wie die eigenen Ansprüche der Arbeitenden nicht erfüllt werden können, wird ein Burnout in dem Maße wahrscheinlicher, wie das Einnehmen einer zynischen Haltung (gegenüber den Klienten oder Patienten) schwerer fällt“ (Rosa, 2018, S. 400).

Der Arbeitsmarkt in den PEL-Berufen steckt aufgrund des starken Fachkräftemangels in einer schweren Krise, die multifaktoriell begründet und der auf mehreren Ebenen begegnet werden muss. Der Anstieg der Berufsträgerinnen (vgl. Abbildung 2,3,4) wird durch die Zunahme der Teilzeitarbeit (vgl. Abbildung 11) teilweise egalisiert.

Bereits die Literaturübersicht der Kapitel 2 und 3 präsentiert eine Anzahl Publikationen aus staatlichen und privaten Quellen, sowie Quellen aus der Forschung, die darauf hinweisen, dass künftig der Bedarf an Therapeutinnen steigt, da die Anzahl der Patientinnen und Patienten steigt, während die Ausgangslage für die Ausbildung bestenfalls unklar ist, die Therapeutinnen der „Boomer-Generation“ in Rente gehen und ein Teil der aktuell tätigen Therapeutinnen die Berufe deutlich vor dem Renteneintrittsalter verlassen. Darstellungen zur Berufsfucht (Schwarzmann et. al., 2018) werden mindestens bestätigt, Darstellungen zur überdurchschnittlichen Vakanzzeit zur Besetzung von offenen Stellen (vgl. Abbildung 8) sind im Jahr 2023 deutlich zu optimistisch.

Maßnahmen der Forschung sind nötig, dieses Feld noch besser zu beschreiben. Berufspolitische Maßnahmen müssen sich anschließen, die Situation auf dem Arbeitsmarkt zu entspannen.

1. Eine *genauere Erfassung des Istzustandes auf dem Arbeitsmarkt* könnte ein erster, lohnenswerter Schritt vor der Ergreifung berufspolitischer Maßnahmen sein.
  - Das Bundesland Rheinland-Pfalz leistet hier eine außergewöhnliche Arbeit durch die es möglich ist, den Arbeitsmarkt und seine Engstellen dort genauer und früher zu erkennen, als dies in anderen Bundesländern oder sogar auf Bundesebene möglich ist (vgl. Exkurs “Branchenmonitoring Rheinland-Pfalz”).
  - Eine bundeseinheitliche Erfassung der Berufsträgerinnen, inklusive Beschreibung über ihren Verbleib im System (ambulante Praxis versus Klinik versus Lehre etc), würde die künftige Beschreibung und Erforschung des Bereichs präzisieren.
2. Durch den hohen Fachkräftemangel scheint ein Interpunktionskonflikt entstanden zu sein, der die Situation immer weiter verschärft, wenn die Rahmenbedingungen nicht verändert werden. Berufsträgerinnen kommen und verbleiben nicht in ausreichendem Maße in den Berufen, um die Arbeitsbedingungen für die verbliebenen Berufsträgerinnen attraktiver weil



entlastender gestalten zu können, was zu weiterer Berufsflucht führt und künftige Therapeutinnen von der Ergreifung der PEL-Berufe abhält.

- Die Ausbildungssituation muss geklärt und vereinheitlicht werden, um die Unsicherheiten für künftige Berufsträgerinnen zu senken (vgl. 2.6).
- Die prekäre Honorierung der Heilmittel muss sich ändern (vgl. Exkurs „WAT und LOTSE“). Praxisinhaberinnen müssen finanziell so ausgestattet werden, dass sich die Einordnung der Bundesagentur für Arbeit der Therapieberufe als „Spezialistinnen“ auch im Salär für die angestellten Therapeutinnen widerspiegeln kann.
- Die hochverantwortungsvollen Therapieberufe müssen mit entsprechend formaler Kompetenz zur Ausübung ausgestattet werden, um den Berufsträgerinnen ein eigenverantwortliches Therapieren zu Gunsten einer hohen Wirksamkeit und entgegen monotoner Arbeitsabläufe zu ermöglichen (vgl. 3.3.3).

Berücksichtigt man gleichzeitig die Faktoren zur Zunahme der Patientinnen und Patienten in den nächsten Jahren (vgl. 3.3.3), konnte die vorliegende Arbeit keinen Hinweis zur Entspannung der Situation auf dem Arbeitsmarkt der Heilmittelbranche finden.

Die Auswertungen zur wirtschaftlichen Situation von ambulanten Therapiepraxen geben Hinweise darauf, dass auch eine Selbstständigkeit in der Branche zunehmend unattraktiv wird und dass es an dieser Stelle zu einem weiteren Beschleunigungsprozess beim Abbau einer flächendeckenden Versorgung der Patientinnen und Patienten kommen könnte.

Die Arbeit konnte zeigen, dass der Arbeitsmarkt in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in Deutschland nicht realistisch, sondern zu optimistisch dargestellt wird. Es sind mehr Stellen offen als in der Literatur beschrieben. Die durchschnittliche Vakanzzeit für eine offene Stelle ist länger, als in der Literatur beschrieben. Die Berufsflucht in den Heilmittelberufen stellt einen zusätzlichen, beeindruckenden und verschärfenden Faktor für den Fachkräftemangel dar, der bisher in der Literatur kaum abgebildet oder von staatlicher bzw. forschender Seite erfasst wird.

## Literaturverzeichnis

- Abel, T. & Hammer, S. (2019). Ab in die Zukunft! Eine Studie zur Zukunft der Therapieberufe. *Et Reha*, 58(8), 14–17. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2019-51020190801>
- Abraham, M. & Hinz, T. (Hrsg.). (2018). *Arbeitsmarktsoziologie*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-02256-3>
- Achatz, J. (2018). Berufliche Geschlechtersegregation. In M. Abraham & T. Hinz (Hrsg.), *Arbeitsmarktsoziologie* (S. 389–435). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-02256-3\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-658-02256-3_11)
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style* (7. Aufl.). <https://doi.org/10.137/0000165-000>
- Arbeitsgemeinschaft Heilmittelzulassung. (2023). *Bundesweit zugelassene Heilmittelleistungserbringer insgesamt (Stand 1. Quartal 2023)*. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). [www.zulassung-heilmittel.de](http://www.zulassung-heilmittel.de). Letzter Zugriff am 23.08.2023.
- Arbeitskreis Berufsgesetz. (2020). *Vollakademisierung der Logopädie/Sprachtherapie – unumgänglich! Argumentationspapier*.
- Bonin, H. & Rinne, U. (2022). Die Zeitenwende erreicht den deutschen Arbeitsmarkt. *Wirtschaftsdienst*, 102(9), 665–668. <https://doi.org/10.1007/s10273-022-3276-3>
- Budliger, H. (2021). *Demografischer Wandel und Wirtschaft* (1. Aufl.). *Demografik*. Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31521-4>
- Bundesagentur für Arbeit. (2023a). Entgeltatlas. <https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/>; letzter Zugriff am 18.08.2023
- Bundesagentur für Arbeit (2023b), <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Datenbanken/Datenbanken-BST-Nav.html>. letzter Zugriff am 21.08.2023.
- Bundesagentur für Arbeit. (2023c). *Monatsbericht zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt: Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt Juni 2023* (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt). Nürnberg. Bundesagentur für Arbeit / Statistik & Arbeitsmarktberichterstattung. Letzter Zugriff am 23.08.2023
- Bundesagentur für Arbeit (2023d), Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse 2022, Nürnberg, Mai 2023
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2022). Ausgaben für Heilmittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Jahren 2004 bis 2021 <https://de-statista-com.pxz.iubh.de:8443/statistik/daten/studie/155714/umfrage/gkv-ausgaben-fuer-heilmittel-seit-2004/>. Letzter Zugriff am 18.08.2023.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz. (2023). *Existenzgründungsportal des BMWK*. <https://www.existenzgruender.de/DE/BMWi-Expertenforum/Fragen-Antworten/Gruendungsplanung/Freie-Berufe/inhalt.html>. Letzter Zugriff am 24.08.2023
- Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. [IFK], 2023, <https://ifk.de/verband/beruf/berufsbild>. Letzter Zugriff am 18.08.2023.
- dba Bundesgeschäftsstelle, dbI Geschäftsstelle, dbS Bundesgeschäftsstelle, LOGO Deutschland, BDSL & HVG Verwaltungssitz. (2020). Arbeitskreis Berufsgesetz: Vollakademisierung der Logopädie/Sprachtherapie - unumgänglich! Argumentationspapier.
- Deutscher Verband Ergotherapie e. V. [DVE], 2007, <https://dve.info/ergotherapie/definition>. Letzter Zugriff am 18.08.2023
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. [dbl], 2023, <https://www.dbl-ev.de/logopaedie>. Letzter Zugriff am 18.08.2023.
- Dieterich, S., Bonato M., Evans, M.: Fuchs-Rechlin, K., Große Schlarmann, J., Heim, S., Helmbold, A., Latteck, Ä.-D., Stöbe-Blossey, S., Bräutigam C., Grebe, C., Hähn, K. & Hoßfeld, R. (2018, 14. November). *Verbleib, Beschäftigungssituation und Zufriedenheit*

*akademischer Gesundheitsfachkräfte innerhalb des Versorgungssystems: Erste Trends und Zwischenergebnisse der Studie VAMOS NRW.* BMG-Symposium zur „Akademisierung von Ausbildungen im Bereich der. hsg Bochum. BMG-Symposium, Köln.

- Döring, N., Bortz, J. & Pöschl, S. (op. 2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Aufl.). *Springer-Lehrbuch*. Springer Medizin Verlag.
- Gallego Granados, P. & Wittenberg, E. (2019). *Teilzeitarbeit ist ein überwiegend weibliches Phänomen: Interview* (Nr. 46). [https://doi.org/10.18723/DIW\\_WB:2019-46-2](https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2019-46-2)
- Gangl, M. (2018). Lohnbildung und Lohnverteilung. In M. Abraham & T. Hinz (Hrsg.), *Arbeitsmarktsoziologie* (S. 261–309). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-02256-3\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-658-02256-3_8)
- Geis-Thöne, W. (2022). Der Arbeitsmarkt erlebt derzeit eine Zeitenwende. *Wirtschaftsdienst*, 102(9), 673–676. <https://doi.org/10.1007/s10273-022-3278-1>
- Hambloch, P., Peine, J., Schlenz, P. & Soldanski, C. (2023). *Physiotherapie - Eckdaten zur Situation der deutschen Physiotherapieeinrichtungen: 1. Eckdatenstudie*. ETL Advision - Steuerberatung im Gesundheitswesen.
- Hammer, S. (2018, 8. Juni). „Ich bin dann mal weg...“ - Gründe für den Ausstieg aus den Therapieberufen: Impulsvortrag zur Fachtagung des Hochschulverbundes Gesundheitsfachberufe am 8.6.2018. Hochschule Fresenius. Hochschule Fresenius/Idstein.
- Hemschemeier, M., Bittkowski, M. & Stollorz, V. (2018). *Knieprothesen – starker Anstieg und große regionale Unterschiede*. Science Media Center Germany.
- Hilbert, J., Paulus, W., Scherfer, E., Remmert, D. & Schneider Susanne. (2018). *Logopädische Therapie und Selbstständigkeit: Gutachten zur beruflichen und ökonomischen Situation von Selbstständigen in der Logopädie*. Berlin. LOGO Deutschland e.V.
- Höfler, M. (2019). *Umgang mit Extremwerten und Ausreißern*. TU Dresden. chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/[https://tu-dresden.de/mn/psychologie/ifap/methpsy/ressourcen/dateien/forschung/openscience/materialien/Hoefler\\_13112019\\_-Extremwerte\\_und\\_Ausreisser.pdf?lang=de](https://tu-dresden.de/mn/psychologie/ifap/methpsy/ressourcen/dateien/forschung/openscience/materialien/Hoefler_13112019_-Extremwerte_und_Ausreisser.pdf?lang=de). Letzter Zugriff am 12.08.2023
- Holleder, A. (2023). Wer leidet in der Sozialen Arbeit an Erschöpfung? *Soziale Passagen*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s12592-023-00463-7>
- Hollenberg, S. (2016). *Fragebögen: Fundierte Konstruktion, sachgerechte Anwendung und aussagekräftige Auswertung* (1. Aufl. 2016). *essentials*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12967-5>
- Kallus, K. W. (2016). *Erstellung von Fragebogen* (2., aktualisierte und überarbeitete Auflage). *UTB: Bd. 4465*. Ulmer.
- Lauxen, O. (2023). *Fachkräftebedarf in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz*. Gutachten. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Bundestag und der Bundesregierung. (2023a). *Registernummer R000126/ Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V.:* Letzte Änderung: 05.04.2023. [www.lobbyregister.bundestag.de](http://www.lobbyregister.bundestag.de). Letzter Zugriff am 18.07.2023
- Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Bundestag und der Bundesregierung. (2023b). *Registernummer R000449/Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl):* Letzte Änderung: 30.06.2023. [www.lobbyregister.bundestag.de](http://www.lobbyregister.bundestag.de). Letzter Zugriff am 18.07.2023
- Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Bundestag und der Bundesregierung. (2023c). *Registernummer R001261/Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK e. V.:* Letzte Änderung: 24.07.2023. [www.lobbyregister.bundestag.de](http://www.lobbyregister.bundestag.de). Letzter Zugriff am 28.07.2023.

- Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Bundestag und der Bundesregierung. (2023d). *Registernummer R002200/Deutscher Verband Ergotherapie e. V.: Letzte Änderung: 01.06.2023*. [www.lobbyregister.bundestag.de](http://www.lobbyregister.bundestag.de). Letzter Zugriff am 28.07.2023.
- Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Bundestag und der Bundesregierung. (2023e). *Registernummer R002418/VDB Physiotherapieverband e.V. - Bundesverband: Letzte Änderung: 17.07.2023*. [www.lobbyregister.bundestag.de](http://www.lobbyregister.bundestag.de). Letzter Zugriff am 28.07.2023.
- Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Bundestag und der Bundesregierung. (2023f). *Registernummer R003044/Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED): Letzte Änderung: 28.07.2023*. [www.lobbyregister.bundestag.de](http://www.lobbyregister.bundestag.de). Letzter Zugriff am 28.07.2023.
- Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Bundestag und der Bundesregierung. (2023g). *Registernummer R003471/LOGO Deutschland Selbstständige in der Logopädie e.V.: Letzte Änderung: 17.04.2023*. [www.lobbyregister.bundestag.de](http://www.lobbyregister.bundestag.de). Letzter Zugriff am 28.07.2023.
- Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Bundestag und der Bundesregierung. (2023h). *Registernummer R004487/Verband Physikalische Therapie - Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V.: Letzte Änderung: 09.05.2022*. [www.lobbyregister.bundestag.de](http://www.lobbyregister.bundestag.de). Letzter Zugriff am 28.07.2023.
- Malzahn, M., Karrasch, D., Schubert, K. & Remmert, D. (2021). Stellungnahme der Berufsverbände: Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit - Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.
- Montgomery, F. U. (2019). Gesetzlicher Etikettenschwindel. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(8), 350–351 (Psychotherapeutenausbildung).
- Nickel, S. & Thiele, A.-L. (2022). Update 2022: Studieren ohne Abitur in Deutschland: Überblick über aktuelle Entwicklungen. CHE Centrum für Hochschulentwicklung gGmbH. ISBN 978-3-947793-65-5
- Neubauer, G. & Niedermeier, C. (2020). *Wirtschaftlichkeitsanalyse ambulanter Therapiepraxen, WAT Bericht, Physiotherapie: WAT-Gutachten*. Institut für Gesundheitsökonomik München.
- Osterwald, D., Ehrhard, T., Bruntsch, F., Schmidt, H. & Friedl Corinna. (2010). *Fachkräftemangel - Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030*. PricewaterhouseCoopers AG.
- Rosa, H. (2018). *Resonanz: Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Wissenschaftliche Sonderausgabe (3. Aufl.). Suhrkamp.
- Schmitt, N., Pfingsten, A., Hertle, D. & Bopp, K. (2023). *Gesundheitswesen aktuell 2023*. Beiträge und Analyse. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg). <https://doi.org/10.30433/GWA2023-138>
- Schübl, C. (2018). Berufsflucht in der Ergo- und Physiotherapie – Was treibt Therapeuten aus ihrem Beruf? *ergopraxis*, 11(03), 10–11. <https://doi.org/10.1055/s-0043-123518>
- Schwarzmann, A.-L., Gerlach, S., Rohde-Schweizer, R., Straßer, B., Paul, S. & Hammer, S. (2018). "Ich bin dann mal weg!": Eine Studie zur Berufsflucht von LogopädInnen. *Forum Logopädie*, 32(3), 22–27. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2018-53020180303>
- Seewald, S., Hansen, H. & Böhmer, N. (2023). Neue Mitarbeiter\*innen erfolgreich integrieren: Onboarding als erster Baustein der Mitarbeiterführung in logopädischen Praxen. *Forum Logopädie*, 37(3), 12–17. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2023-53020230302>
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen. (2021). Vertrag nach §125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen. (2022). Vertrag nach §125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie und deren Vergütung.
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen. (2022). Vertrag nach §125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung.
- Statistisches Bundesamt – destatis - (2021). Bildung und Kultur, Berufliche Schulen, Fachserie 11, Reihe 2; Artikelnummer 2110200217005

- Statistisches Bundesamt – destatis (2023a). Genesis-Datenbank: 23112-0001: Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Betten, Patienten, Pflage: Deutschland, Jahre, <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=23112-0001&bypass=true&levelindex=1&levelid=1692623066039#abreadcrumb>, letzter Zugriff 21.08.2023.
- Statistisches Bundesamt – destatis – (2023b). Genesis-Tabelle: 23621-0002 [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/01/PD23\\_033\\_23526.html#:~:text=Wie%20das%20Statistische%20Bundesamt%20\(Destatis,1%2C4%20%25%20gestiegen%20war](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/01/PD23_033_23526.html#:~:text=Wie%20das%20Statistische%20Bundesamt%20(Destatis,1%2C4%20%25%20gestiegen%20war), letzter Zugriff am 21.08.2023.
- Statistisches Bundesamt – destatis – (2023c) Qualität der Arbeit / Wöchentliche Arbeitszeit. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-3/woechentliche-arbeitszeitl.html#:~:text=Deutschland%20lag%202022%20mit%20einer,Stunden%20den%20geringsten%20Wert%20aufwies>. Letzter Zugriff am 21.08.2023.
- Statistisches Bundesamt – destatis (2023d) Genesis Datenbank: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=2&step=2&titel=Ergebnis&levelid=1692870919029&acceptscookies=false#abreadcrumb> Staudinger, U. & Schneider, N. F. (2021). Fakten zur demografischen Entwicklung Deutschlands 2010-2020: Bericht des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung. Wiesbaden.
- Steiner, E. & Benesch, M. (2021). *Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (6. Aufl.). Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Tiedemann, J. & Malin, L. (2023). *KOFA KOMPAKT - Jahresrückblick 2022 – Fachkräftesituation angespannter denn je*. Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA).
- Voermans, S. (2010). Zivilisationskrankheiten — Woran krankt es im 21. Jahrhundert? Techniker Krankenkasse.
- Volk, A. E. & Kubisch, C. (2018). Neurodegenerative Erkrankungen. *Medizinische Genetik*, 30(2), 229–230. <https://doi.org/10.1007/s11825-018-0195-1>
- Waltersbacher, A. (2023). *Heilmittelbericht 2022/2023: Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie*. Berlin. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).
- Wanger, S. (2020) Entwicklung von Erwerbstätigkeit, Arbeitszeit und Arbeitsvolumen nach Geschlecht: Ergebnisse der IAB-Arbeitszeitrechnung nach Alter und Geschlecht (AZR AG) für die Jahre 1991-2019.
- Weber, E. (2015). Industrie 4.0 – Wirkungen auf Wirtschaft und Arbeitsmarkt. *Wirtschaftsdienst*, 95(22), 722–723. <https://doi.org/10.1007/s10273-015-1894-8>
- Zens, M. (2011). *Gesundheitliche Ungleichheit / Health Inequalities. Recherche Spezial: Bd. 3/2011*. <https://doi.org/371759>
- Zöller, M. (2015). (Vollzeit-)Schulische Ausbildungsgänge mit einem beruflichen Abschluss gemäß und außerhalb BBiG/HwO. Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Zöller, M. (2022). *Reformen in Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe: Akademisierung - Modernisierung - Neue Berufe (Stand 2022)*. *Wissenschaftliche Diskussionspapiere / Bundesinstitut für Berufsbildung: Heft 240*. Bundesinstitut für Berufsbildung. <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/download/18085> <https://doi.org/265545>

## Gesetze und Verordnungen

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV) von 1999
- Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO) von 1980
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) von 1994

- Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (ErgThG) von 1976
- Gesetz über den Beruf des Logopäden (LogopG) von 1980
- Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) von 1994
- Sozialgesetzbuch mit Sozialgerichtsgesetz, Bücher I-XII (47. Auflage)

## Anhangsverzeichnis

I.	Fragebogen.....	I1-I4
II.	Codebuch.....	II1-II6
III.	Rahmenvertrag Physiotherapie (Auszug).....	III1-III10
IV.	Rahmenvertrag Ergotherapie (Auszug).....	IV1-IV10
V.	Rahmenvertrag Logopädie (Auszug).....	V1-V10

# Fragebogen

## 1 Startseite

---

IU - internationale Hochschule  
Stefan Reck

### Der Arbeitsmarkt in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in Deutschland

Hallo und herzlich Willkommen zu dieser Umfrage!

Bitte starte die Umfrage nur, wenn du Inhaber\*in einer Praxis für Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie bist und mindestens eine\*n Therapeut\*in beschäftigst.

Die Umfrage wird anonymisiert durchgeführt. Sie dauert etwa 10 Minuten.

Ich danke dir für deine Mühen!

## 2 Zulassung für welche Fachrichtung?

---

Für welche Therapie ist deine (Haupt-)Praxis zugelassen?

Mehrfachnennungen möglich.

Physiotherapie

Ergotherapie

Logopädie

## 3 Wo liegt deine (Haupt)Praxis?

---

Wo liegt deine (Haupt-)Praxis?

Bitte gib in das Textfeld die ersten zwei Ziffern deiner Postleitzahl ein.

## 4 Wie groß ist der Ort, in dem deine (Haupt)Praxis liegt?

---

Wie groß ist der Ort/die Stadt, in dem/der deine (Haupt-)Praxis liegt?

weniger als 10.000 Einwohner\*innen

weniger als 50.000 Einwohner\*innen

weniger als 100.000 Einwohner\*innen

weniger als 250.000 Einwohner\*innen

mehr als 250.000 Einwohner\*innen

## 5 Wie viele Mitarbeiter?

---



Wie viele Therapeut\*innen arbeiten in deiner (Haupt-)Praxis?

Dich selbst zählst du bitte nicht mit! Hilfskräfte werden ebenfalls nicht mitgezählt.

---

## 6 Wie viele Therapiestunden?

Wie viele Stunden arbeiten die Therapeut\*innen in deiner (Haupt-)Praxis wöchentlich insgesamt?

Bitte addiere die Wochenarbeitsstunden aller angestellten Therapeut\*innen und trage die Summe ins Textfeld ein. Auch hier zählst du deine Arbeitsstunden bitte nicht mit! Nutze die vertraglich geregelte Arbeitszeit ohne Überstunden/Minusstunden etc.

---

## 7 Offene Stellen?

Hast du derzeit mindestens eine offene Stelle für Therapeut\*innen zu besetzen?

- Ja
- Nein

---

### 8.1 (Filter) Hast du die Stelle der BA gemeldet?

Hast du die offene Stelle der Agentur für Arbeit gemeldet?

- Ja
- Nein

---

### 9.1 Wie lange ist die Stelle vakant?

Wie lange ist die Stelle schon offen?

Wenn du mehrere Stellen für Therapeut:\*innen offen hast, gib die am längsten unbesetzte an.

- weniger als einen Monat
- weniger als drei Monate
- weniger als sechs Monate
- weniger als ein Jahr
- über ein Jahr

---

## 10 Aufmerksamkeit bei offenen Stellen?

Auf welchem Wege machst du potentielle Bewerber\*innen auf eine offene Stelle in deiner Praxis aufmerksam?

Mehrfachnennungen möglich.

- Beitrag auf eigener Website       Social Media (FB, Insta, TikTok, etc.)       Printmedien (lokale Zeitung, Gemeindebrief etc.)
- Online-Stellenbörse (Stepstone, Monster, Therapeutenonline, etc.)       Stellenanzeige der Agentur für Arbeit       Sonstiges

## 11 Wie viele Bewerbungen?

Wie viele Bewerbungen hast du auf die letzte Stelle erhalten, die du besetzen konntest?

Mit "Bewerbung" ist nicht zwingend "schriftliche Bewerbungsmappe" mit Anschreiben und Lebenslauf gemeint. Es genügt, wenn ein\*e Therapeut\*in die feste Absicht erklärt, eine offene Stelle in deiner Praxis besetzen zu wollen.

- Eine
- weniger als drei
- weniger als sechs
- weniger als zehn
- mehr als zehn

## 12 Hat ein Therapeut den Beruf verlassen?

Hat mindestens ein\*e Therapeut\*in deine Praxis in den vergangenen fünf Jahren freiwillig verlassen und den Therapieberuf mittlerweile aufgegeben?

Es zählt keine Berufsaufgabe aufgrund von Renteneintritt oder schwerer Erkrankung, die die Fortsetzung der Berufsausübung verhindert. Bitte antworte nur mit "Ja", wenn es sich um die freiwillige Entscheidung der/des Therapeut\*in handelte, den Beruf aufzugeben um in einem anderen Beruf zu arbeiten oder nicht erwerbstätig zu sein.

- Ja
- Nein

### 13.1 Wieviele haben dich verlassen?

Wie viele Therapeut\*innen haben deine Praxis in den letzten fünf Jahren verlassen und den Beruf mittlerweile aufgegeben?

Bitte nenne nur die Zahl der Therapeut\*innen, die den Beruf direkt nach der Anstellung bei dir aufgegeben haben.

- Eine
- Zwei
- Drei
- Vier
- Mehr als vier

## 14 Fachkräftemangel wirtschaftliche Situation?

Wirkt sich der allgemeine Fachkräftemangel negativ auf die wirtschaftliche Situation deiner Praxis aus?

- Ja
- Nein

## 15.1 Welche Konsequenzen Fachkräftemangel?

Trifft eine der folgenden Aussagen auf dich zu?

Bitte markiere eine Aussage nur dann, wenn der Fachkräftemangel der ausschlaggebende Faktor ist. Mehrfachnennungen möglich.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Meine Praxis kann nicht wachsen.                   | <input type="checkbox"/> Möglicherweise muss ich meine Praxis verkleinern.   | <input type="checkbox"/> Möglicherweise muss ich meine Praxis aufgeben/verkaufen. |
| <input type="checkbox"/> Ich kann nicht ausreichend für meine Rente sorgen. | <input type="checkbox"/> Ich kann meinen finanziellen Verpflichtungen (Bank, Vermieter, Verbrauchsmaterial etc.) nicht immer nachkommen. | <input type="checkbox"/> Nichts davon trifft auf mich zu.                         |

## 16 Endseite

**Das wars schon... ich danke dir ;-)!**

# Codebuch (Projekt "Der Arbeitsmarkt in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in Deutschland")

## Anzeigeoptionen

**Info:** Hier können Sie optional die Anzeigeoptionen verändern.

- Anzeigeoptionen einstellen:
- Platzhalter ersetzen
  - Filter anzeigen
  - Trigger anzeigen
  - Plausichcks anzeigen
  - Ausblendbedingungen anzeigen
  - Direktlinks zum Editieren anzeigen
  - Ausfüllanweisungen anzeigen
  - Inhaltsverzeichnis anzeigen
  - Bspaltungsinformation (z. B. für Quantum) anzeigen aus Exportvorlage
  - Projekt komplett
  - Spaltenbreiten in Exportvorlage für diesen Exportvorgang an Größe der Daten anpassen (ohne Missing-Werte)
  - Teilnehmervariablen anzeigen
  - Umfragevariablen anzeigen
  - Gruppen und Gruppenzugehörigkeit von Items und Gruppen anzeigen

Einstellungen speichern

## Sprache auswählen

## Variablennamen bearbeiten

- Variablennamen bearbeiten
- Variablennamen direkt in diesem Formular ändern
  - Variablennamen gemäss gewähltem Algorithmus neu erzeugen ([Algorithmus für Variablennamengenerierung auswählen](#))
  - Variablennamen für externe Bearbeitung exportieren
  - UTF-8
  - Extern bearbeitete Variablennamen importieren
  - Original-Variablennamen wiederherstellen
  - Variablen in dynamischen Antwortblöcken so umbenennen, dass die Verknüpfung zur Originalvariable aus dem Variablennamen ablesbar ist.

Einstellungen speichern

## Exportieren

## Der Arbeitsmarkt in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in Deutschland

Projekt-ID	16299
URL der Umfrage	<a href="https://uc2456.customervoice360.com/uc/Team_Stefan_Reck/b44b/">https://uc2456.customervoice360.com/uc/Team_Stefan_Reck/b44b/</a>
Datum	30.07.2023 15:48:47
Anzahl der Variablen in der Umfragetabelle	85 (Anzahl kann sich durch Generieren verändern)

## Inhalt:

[System](#)[Startseite](#)[Zulassung für welche Fachrichtung?](#)[Wo liegt deine \(Haupt\)Praxis?](#)[Wie groß ist der Ort, in dem deine \(Haupt\)Praxis liegt?](#)[Wie viele Mitarbeiter?](#)[Wie viele Therapiestunden?](#)[Offene Stellen?](#)**Filter:** (Filter) BA gemeldet?[\(Filter\) Hast du die Stelle der BA gemeldet?](#)**Filter:** Wie lange vakant?[Wie lange ist die Stelle vakant?](#)[Aufmerksamkeit bei offenen Stellen?](#)[Wie viele Bewerbungen?](#)[Hat ein Therapeut den Beruf verlassen?](#)**Filter:** Wieviele haben dich verlassen?[Wieviele haben dich verlassen?](#)[Fachkräftemangel wirtschaftliche Situation?](#)**Filter:** Welche Konsequenzen Fachkräftemangel?[Welche Konsequenzen Fachkräftemangel?](#)**Endseite:** Endseite**1 Seite: System (PGID 47603) top****3 Seite: Startseite (PGID 47606) top****4 Seite: Zulassung für welche Fachrichtung? (PGID 47607) top****Für welche Therapie ist deine (Haupt-)Praxis zugelassen? (q\_71146 - Typ 122)**

Variablenname	Externer Variablenname	int	Physiotherapie
v_17	Physiotherapie		

0 not quoted

1 quoted

Variablenname	Externer Variablenname	int	Ergotherapie
v_18	Ergotherapie		

0 not quoted

1 quoted

Variablenname	Externer Variablenname	int	Logopädie
v_19	Logopaedie		

0 not quoted

1 quoted

**5 Seite: Wo liegt deine (Haupt)Praxis? (PGID 47612) top****Wo liegt deine (Haupt-)Praxis? (q\_71009 - Typ 141)**

Variablenname	Externer Variablenname	varchar	Wo liegt deine Praxis?
v_2	Wo_liegt_Praxis		

**6 Seite: Wie groß ist der Ort, in dem deine (Haupt)Praxis liegt? (PGID 47614) top****Wie groß ist der Ort/die Stadt, in dem/der deine (Haupt-)Praxis liegt? (q\_71013 - Typ 111)**

Variablenname	Externer Variablenname	int	Wir groß ist Ort/Stadt?	Gruppenzugehörigkeit
v_4	Wie_gross_Ort			

1 weniger als 10.000 Einwohner\*innen

2	weniger als 50.000 Einwohner*innen
3	weniger als 100.000 Einwohner*innen
4	weniger als 250.000 Einwohner*innen
5	mehr als 250.000 Einwohner*innen

### 7 Seite: Wie viele Mitarbeiter? (PGID 47628) top

#### Wie viele Therapeut\*innen arbeiten in deiner (Haupt-)Praxis? (q\_71039 - Typ 141)

Variablenname	Externer Variablenname	varchar	Wie viele Mitarbeiter?
v_7	Wie_viele_Therapeuten		

### 8 Seite: Wie viele Therapiestunden? (PGID 47629) top

#### Wie viele Stunden arbeiten die Therapeut\*innen in deiner (Haupt-)Praxis wöchentlich insgesamt? (q\_71040 - Typ 141)

Variablenname	Externer Variablenname	varchar	Wie viele Therapiestunden?
v_8	Wie_viele_Therapiestunden		

### 9 Seite: Offene Stellen? (PGID 47623) top

#### Hast du derzeit mindestens eine offene Stelle für Therapeut\*innen zu besetzen? (q\_71036 - Typ 111)

Variablenname	Externer Variablenname	int	Offene Stelle vorhanden	Gruppenzugehörigkeit
v_5	Offene_Stelle			
		1	Ja	
		2	Nein	

### 10 Seite: (Filter) BA gemeldet? (PGID 47626) top

**Filter:** (v\_5 = '1')

v_5 Offene Stelle vorhanden	Hast du derzeit <span style="text-decoration: underline; color: #ff0000;">mindestens eine</span> offene Stelle für Therapeut*innen zu besetzen? - Offene Stelle vorhanden (von Seite 9: <a href="#">Offene Stellen?</a> )	gleich 1

### 10.1 Seite: (Filter) Hast du die Stelle der BA gemeldet? (PGID 47627) top

#### Hast du die offene Stelle der Agentur für Arbeit gemeldet? (q\_71038 - Typ 111)

Variablenname	Externer Variablenname	int	Offene Stelle BA gemeldet?	Gruppenzugehörigkeit
v_6	BA_gemeldet			
		1	Ja	
		2	Nein	

### 11 Seite: Wie lange vakant? (PGID 47676) top

**Filter:** (v\_5 = '1')

v_5 Offene Stelle vorhanden	Hast du derzeit <span style="text-decoration: underline; color: #ff0000;">"&gt;mindestens eine&lt;/span&gt; offene Stelle für Therapeut*innen zu besetzen? - Offene Stelle vorhanden (von Seite 9: <a href="#">Offene Stellen?</a>)</span>	gleich 1
-----------------------------	--	----------

### 11.1 Seite: Wie lange ist die Stelle vakant? (PGID 47677) top

#### Wie lange ist die Stelle schon offen? (q\_71115 - Typ 111)

Variablenname	Externer Variablenname	int	Wie lange vakant?	Gruppenzugehörigkeit
v_9	Wie_lange_vakant			
		1	weniger als einen Monat	
		2	weniger als drei Monate	
		3	weniger als sechs Monate	
		4	weniger als ein Jahr	
		5	über ein Jahr	

### 12 Seite: Aufmerksamkeit bei offenen Stellen? (PGID 47678) top

#### Auf welchem Wege machst du potentielle Bewerber\*innen auf eine offene Stelle in deiner Praxis aufmerksam? (q\_71116 - Typ 122)

Variablenname	Externer Variablenname	int	Beitrag auf eigener Website
v_10	Eigene_Website		
		0	not quoted
		1	quoted
Variablenname	Externer Variablenname	int	Social Media (FB, Insta, TikTok, etc.)
v_11	Social_Media		
		0	not quoted
		1	quoted
Variablenname	Externer Variablenname	int	Printmedien (lokale Zeitung, Gemeindebrief etc.)
v_12	Print		
		0	not quoted
		1	quoted
Variablenname	Externer Variablenname	int	Online-Stellenbörse (Stepstone, Monster, Therapeutenonline, etc.)
v_13	Online_Boerse		
		0	not quoted
		1	quoted
Variablenname	Externer Variablenname	int	Stellenanzeige der Agentur für Arbeit
v_14	Anzeige_BA		
		0	not quoted
		1	quoted
Variablenname	Externer Variablenname	int	Sonstiges
v_30	Sonstiges		
		0	not quoted
		1	quoted

### 13 Seite: Wie viele Bewerbungen? (PGID 47679) top

### Wie viele Bewerbungen hast du auf die letzte Stelle erhalten, die du besetzen konntest? (q\_71117 - Typ 111)

Variablenname	Externer Variablenname	int	Wie viele Bewerbungen auf letzte besetzte Stelle?	Gruppenzugehörigkeit
v_15	Wie_viele_Bewerbungen			
		1	Eine	
		2	weniger als drei	
		3	weniger als sechs	
		4	weniger als zehn	
		5	mehr als zehn	

### 14 Seite: Hat ein Therapeut den Beruf verlassen? (PGID 47680) top

#### Hat mindestens ein\*e Therapeut\*in deine Praxis in den vergangenen fünf Jahren freiwillig verlassen und den Therapieberuf mittlerweile aufgegeben? (q\_71121 - Typ 111)

Variablenname	Externer Variablenname	int	Hat ein Therapeut den Beruf verlassen?	Gruppenzugehörigkeit
v_16	Therapeut_verlassen			
		1	Ja	
		2	Nein	

### 15 Seite: Wieviele haben dich verlassen? (PGID 47699) top

Filter: (v\_16 = '1')

Variablenname	Externer Variablenname	int	Wie viele haben dich verlassen?	Gruppenzugehörigkeit
v_16	Hat ein Therapeut den Beruf verlassen?		Hat mindestens ein*e Therapeut*in deine Praxis in den vergangenen fünf Jahren freiwillig verlassen und den Therapieberuf mittlerweile aufgegeben? - Hat ein Therapeut den Beruf verlassen? (von Seite 14: <a href="#">Hat ein Therapeut den Beruf verlassen?</a> )	gleich 1

### 15.1 Seite: Wieviele haben dich verlassen? (PGID 47700) top

#### Wie viele Therapeut\*innen haben deine Praxis in den letzten fünf Jahren verlassen und den Beruf mittlerweile aufgegeben? (q\_71149 - Typ 111)

Variablenname	Externer Variablenname	int	Wie viele haben dich verlassen?	Gruppenzugehörigkeit
v_22	Wie_viele_verlassen			
		1	Eine	
		2	Zwei	
		3	Drei	
		4	Vier	
		5	Mehr als vier	

### 16 Seite: Fachkräftemangel wirtschaftliche Situation? (PGID 47705) top

#### Wirkt sich der allgemeine Fachkräftemangel negativ auf die wirtschaftliche Situation deiner Praxis aus? (q\_71158 - Typ 111)

Variablenname	Externer Variablenname	int	Fachkräftemangel wirtschaftliche Situation	Gruppenzugehörigkeit
v_23	Fachkraefte_wirt_Situation			



1 Ja

2 Nein

### 17 Seite: Welche Konsequenzen Fachkräftemangel? (PGID 47706) top

Filter: (v\_23 = '1')

v_23 Fachkräftemangel wirtschaftliche Situation	Wirkt sich der allgemeine Fachkräftemangel negativ auf die wirtschaftliche Situation deiner Praxis aus? - Fachkräftemangel wirtschaftliche Situation (von Seite 16: <a href="#">Fachkräftemangel wirtschaftliche Situation?</a> )	gleich 1
--	---	----------

### 17.1 Seite: Welche Konsequenzen Fachkräftemangel? (PGID 47707) top

Trifft eine der folgenden Aussagen auf dich zu? (q\_71160 - Typ 122)

Variablenname v_24	Externer Variablenname Kein_Wachstum	int	Meine Praxis kann nicht wachsen.
		0	not quoted
		1	quoted
Variablenname v_25	Externer Variablenname Verkleinern	int	Möglicherweise muss ich meine Praxis verkleinern.
		0	not quoted
		1	quoted
Variablenname v_26	Externer Variablenname Aufgeben_verkaufen	int	Möglicherweise muss ich meine Praxis aufgeben/verkaufen.
		0	not quoted
		1	quoted
Variablenname v_27	Externer Variablenname Rentenvorsorge	int	Ich kann nicht ausreichend für meine Rente sorgen.
		0	not quoted
		1	quoted
Variablenname v_28	Externer Variablenname Finanzielle_Pflichten	int	Ich kann meinen finanziellen Verpflichtungen (Bank, Vermieter, Verbrauchsmaterial etc.) nicht immer nachkommen.
		0	not quoted
		1	quoted
Variablenname v_29	Externer Variablenname Nichts_trifft_zu	int	Nichts davon trifft auf mich zu.
		0	not quoted
		1	quoted

**Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V**

**zwischen**

**dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen  
(GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R)  
Berlin**

**und**

**dem Bundesverband selbstständiger  
Physiotherapeuten – IFK, Bochum;**

**dem Deutschen Verband für  
Physiotherapie (ZVK) e.V., Köln;**

**dem VDB-Physiotherapieverband e.V., Berlin;**

**Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die  
Physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V., Hamburg**

**über**

**die Versorgung mit Leistungen  
der Physiotherapie  
und deren Vergütung**

## Inhaltsverzeichnis

Begriffsbestimmungen .....	3
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages .....	4
§ 2 Leistungsgrundlagen.....	5
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung .....	6
§ 4 Hausbesuche .....	9
§ 5 Bestätigung der Leistung .....	10
§ 6 Beginn der Behandlung .....	11
§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung .....	12
§ 7a Grundsätze der telemedizinischen Leistungen .....	14
§ 8 Gesetzliche Zuzahlung .....	16
§ 9 Wahl des Leistungserbringers .....	18
§ 10 Datenschutz, Schweigepflicht .....	18
§ 11 Zulassung.....	18
§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis .....	21
§ 13 Barrierefreiheit.....	21
§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung .....	22
§ 15 Wirtschaftlichkeit .....	24
§ 16 Vergütung .....	24
§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens .....	25
§ 18 Abrechnungsregelungen .....	26
§ 19 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren .....	30
§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen .....	30
§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages .....	31
§ 22 Schlussbestimmungen.....	32

## Begriffsbestimmungen

Ärztin und Arzt	Alle an der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung teilnehmenden (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte einschließlich angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V Heilmittel verordnen.
Fachliche Leitung	Die Person(en), die von dem zugelassenen Leistungserbringer mit der fachlichen Leitung der Praxis beauftragt ist/sind und der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 SGB V (ARGE) benannt ist/sind. Sie kann/können mit dem zugelassenen Leistungserbringer identisch sein.
Heilmittel-Richtlinien	Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL) gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und die Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (HeilM-RL ZÄ) in ihrer jeweils gültigen Fassung.
Leistungserbringer	Jede Therapeutin und jeder Therapeut, welche oder welcher aufgrund ihrer oder seiner den ARGEen gegenüber nachgewiesenen berufsrechtlichen Qualifikation berechtigt ist, Heilmittel für den zugelassenen Leistungserbringer an gesetzlich Krankenversicherte abzugeben. Er kann mit dem zugelassenen Leistungserbringer oder der fachlichen Leitung identisch sein.
Verordnung	Von einer Ärztin oder einem Arzt gemäß der HeilM-RL ausgefüllter und unterschriebener Vordruck gemäß der Verträge nach § 87 Absatz 1 SGB V.
Versicherte und Versicherter	Anspruchsberechtigte Versicherte der von diesem Vertrag erfassten gesetzlichen Krankenkassen sowie von diesen Krankenkassen nach § 264 SGB V betreute Personen.
Zugelassene(r) Leistungserbringer	Die natürlichen und/oder juristischen Person(en) nach § 3 Absatz 1 und 2 dieses Vertrages, auf die sich die Zulassung bezieht. Ferner sind von dem Begriff „zugelassene Leistungserbringer“ die Einrichtungen nach § 124 Absatz 5

	SGB V umfasst, soweit sich aus diesem Vertrag nichts anderes ergibt.
Telemedizinische Leistungen	Telemedizinische Leistungen im Sinne dieses Vertrags sind in § 16b Abs. 1 Heilmittel-Richtlinie bzw. § 15a Abs. 1 Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte definiert. In diesem Vertrag ist die telemedizinische Leistung ausschließlich als Videotherapie bezeichnet.
Medienkompetenz	Bezeichnet die Fähigkeit sowohl die verschiedenen Medienkanäle als auch deren Inhalte kompetent und kritisch zu nutzen.

## § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

(1) Der Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 125 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V mit Leistungen der Physiotherapie gemäß § 32 Absatz 1 SGB V.

- (2) Die Einzelheiten richten sich nach diesem Vertrag und den Anlagen 1 – 8:
- a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1)
  - b) Vergütungsvereinbarung (Anlage 2)
  - c) Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung (Anlage 3a und 3b)
  - d) Fortbildung (Anlage 4)
  - e) Zulassungsvoraussetzungen (Anlage 5)
  - f) Anerkenniserklärung (Anlage 6)
  - g) Weiterbildung (Anlage 7)
  - h) Technische Voraussetzungen für die Erbringung telemedizinischer Leistungen gemäß § 125 Absatz 2a Nr. 2 SGB V (Anlage 8)

Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

(3) Der Vertrag gilt für die gemäß § 124 Absatz 1 und 2 SGB V zugelassenen Leistungserbringer, soweit sie diesen Vertrag anerkannt haben. Zugelassene Leistungserbringer, die ihre Zulassung vor dem Inkrafttreten dieses Vertrages erteilt bekommen haben, haben diesen Vertrag gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft gemäß § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten des Vertrages schriftlich anzuerkennen. Zur Wahrung der Schriftform ist die Übermittlung z. B. per Fax oder Email ausreichend. Mit der

Anerkennung dieses Vertrages gilt die bereits erteilte Zulassung unverändert fort.

- (4) Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gilt dieser Vertrag nach Maßgabe von § 124 Absatz 5 SGB V entsprechend, ohne dass es einer Zulassung sowie einer Anerkennung dieses Vertrages bedarf. Für die Abrechnung besonderer Maßnahmen der Physiotherapie bedarf es einer Abrechnungserlaubnis. Die fachlichen und räumlichen Voraussetzungen sind gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V nachzuweisen.
- (5) Die Bestimmungen dieses Vertrages und der Heilmittel-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung sind durch zugelassene Leistungserbringer nach § 124 Absatz 2 SGB V und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V und ihre gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringer verbindlich anzuwenden.

## **§ 2 Leistungsgrundlagen**

- (1) Leistungen der Physiotherapie werden auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht. Eine Verordnung ist gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinien entspricht. Die Anlagen 3a und 3b dieses Vertrages konkretisieren die Formerfordernisse der Heilmittel-Richtlinien und beschreiben die notwendigen Angaben auf Verordnungen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind nur nach Maßgabe den Anlagen 3a und 3b möglich.
- (2) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel ist in der Leistungsbeschreibung beschrieben (Anlage 1). Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinien.



### § 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer ist berechtigt und im Rahmen seiner räumlichen und personellen Kapazitäten verpflichtet, ärztlich verordnete Maßnahmen der Physiotherapie entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) zu erbringen. Der zugelassene Leistungserbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach dieser Vereinbarung durch seine gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringer durchführen. Der zugelassene Leistungserbringer trägt die Verantwortung für die Erfüllung der mit der Zulassung einhergehenden Verpflichtung. Die Aufteilung der fachlichen Leitung einer Praxis im Job-Sharing-Verfahren ist möglich.
- (2) Ist der zugelassene Leistungserbringer eine juristische Person oder eine rechtsfähige oder nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, hat er für die fachliche Leitung der Praxis einen angestellten Leistungserbringer gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V zu benennen. Gleiches gilt für eine natürliche Person, die die Qualifikation gemäß Anlage 5 erfüllt, in der Praxis aber selbst nicht tätig wird (§ 12 Absatz 1) oder die die Qualifikation gemäß Anlage 5 selbst nicht erfüllt. Die fachliche Leitung der Praxis muss gewährleistet sein.
- (3) Bei Tod des zugelassenen Leistungserbringers bleibt die Zulassung für einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen. Wird der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb der in Satz 1 genannten Frist kein neuer Zulassungsinhaber benannt, erlischt die Zulassung. Der Tod des zugelassenen Leistungserbringers ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V unverzüglich anzuzeigen.
- (4) Der zugelassene Leistungserbringer oder die fachliche Leitung nach § 3 Absatz 2 kann bis zur Dauer von 6 Monaten bei Verhinderung, Pflege einer oder eines pflegebedürftigen Angehörigen durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft/Elternzeit entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)/Bundeselternzeitgesetz (BEEG) in der Praxis vertreten werden. Der zugelassene Leistungserbringer hat der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V die Personalien der vertretenden Person und die voraussichtliche Dauer der Vertretung unverzüglich mitzuteilen. Die

vertretende Person muss die Voraussetzungen nach § 124 Absatz 1 Nummer 1 SGB V in der Spezifizierung nach Anlage 5 erfüllen und nachweisen. Wird der Zeitraum nach Satz 1 überschritten, ist unverzüglich eine neue fachliche Leitung zu benennen.

- (5) Leistungen, auch als telemedizinische Leistungen, dürfen grundsätzlich nur an den in § 11 der HeilM-RL bzw. § 9 der HeilM-RL ZÄ genannten Orten und unter den dort genannten Voraussetzungen erbracht werden. Zum Erreichen des Therapieziels der größtmöglichen Funktionsfähigkeit kann die Behandlung auch außerhalb der Praxisräume – im unmittelbaren räumlichen Umfeld der Praxis oder im Rahmen eines ärztlich verordneten Hausbesuchs im unmittelbaren häuslichen Umfeld der Patientin oder des Patienten – erfolgen.
- (6) Die Qualifikation der Leistungserbringer, deren Vor- und Nachnamen, sowie das Geburtsdatum, die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit in Stunden und der Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit (Praxis, Hausbesuch oder Behandlung in einer Einrichtung nach § 11 Absatz 2 der HeilM-RL bzw. § 9 Absatz 2 der HeilM-RL ZÄ (tagesstrukturierende Einrichtung)) hat der zugelassene Leistungserbringer der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V vor dem Beginn der Tätigkeit unaufgefordert nachzuweisen. Bei Veränderungen der Voraussetzungen nach Satz 1 oder dem Ende der Tätigkeit eines Leistungserbringers ist dies der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen.<sup>1</sup>
- (6a) Der Einsatz von Schülerinnen und Schülern oder Studentinnen und Studenten im Rahmen der praktischen Ausbildung zur Qualifizierung für einen der in der Anlage 5 genannten Abschlüsse ist unter der Voraussetzung möglich, dass
- a) der zugelassene Leistungserbringer den Nachweis erbringt, mit der jeweiligen Fach- und/oder Hochschule einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Schülerinnen und Schülern und/oder Studentinnen und Studenten im jeweiligen Heilmittelberuf geschlossen zu haben, und

---

<sup>1</sup> Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

- b) die Schülerin und der Schüler oder die Studentin und der Student abhängig vom Lernstand unter Aufsicht und Anwesenheit des zugelassenen Leistungserbringers oder einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person tätig wird. Dies gilt nur für solche Leistungen, die mit Ausbildungsende abgegeben werden dürfen. Die Ausbildung der Schülerin und des Schülers in besonderen Maßnahmen der Physiotherapie, die eine gesonderte Abgabeberechtigung der Zulassungsstelle voraussetzen, erfordern die ständige Aufsicht und Anwesenheit eines entsprechend qualifizierten Leistungserbringers.
- (7) Der zugelassene Leistungserbringer haftet für die von seinen eingesetzten Leistungserbringern und Personen nach Absatz 6a erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen.
- (8) Der zugelassene Leistungserbringer darf die Therapie einer oder eines Versicherten in begründeten Einzelfällen ablehnen oder abbrechen. Über den Grund ist die oder der Versicherte zu informieren und der zuständigen Krankenkasse auf Nachfrage Auskunft zu erteilen.
- (9) Es ist unzulässig, dass der zugelassene Leistungserbringer für dieselbe Versicherte oder denselben Versicherten zur Erreichung desselben Therapieziels innerhalb derselben Diagnosegruppe der Heilmittel-Richtlinien und vollständig identischem ICD-10-Code (ggf. inkl. der Zusatzkennzeichnung der Lokalisation) auf Grundlage parallel ausgestellter Verordnungen während der laufenden Behandlungsserie Heilmittel zeitgleich erbringt und abrechnet.
- (10) Versicherte dürfen durch den Leistungserbringer nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Ärztinnen und Ärzten zu fordern. Gleichzeitig dürfen weder der Leistungserbringer noch die Krankenkassen von sich aus die Ärztin oder den Arzt in ihrer oder seiner Ordnungsweise aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen beeinflussen (vgl. § 128 SGB V).
- (11) An die Versicherten dürfen ausschließlich die auf der Verordnung verordneten Leistungen abgegeben werden. Die Durchführung einer Therapie darf nur wie in der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) bzw. in der in den Heilmittel-

Richtlinien beschriebenen Form erfolgen. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Verordnungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden.

- (12) In der Zeit, in der sich Versicherte in vollstationärer Behandlung gemäß § 39 SGB V befinden, ist eine ambulante Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkasse nur möglich, wenn dem Leistungserbringer die vollstationäre Behandlung der oder des Versicherten unbekannt ist bzw. war. Am Aufnahme- und Entlassungstag ist die Leistungserbringung möglich.
- (13) Der zugelassene Leistungserbringer hat für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdocumentation gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Ziffer 8) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Die Verlaufsdocumentation ist 5 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren.
- (14) Der zugelassene Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (15) Hat die Ärztin bzw. der Arzt das verordnete ergänzende Heilmittel nicht näher spezifiziert, hat der Leistungserbringer unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V das indikationsbezogen wirksamste Heilmittel auszuwählen.

#### **§ 4 Hausbesuche**

- (1) Die Durchführung einer Therapie darf nur in zugelassenen Praxen erfolgen. Dies gilt nicht für vertragsärztlich verordnete Hausbesuche im Sinne des § 11 der HeilM-RL und des § 9 der HeilM-RL ZÄ. Diese können grundsätzlich von dem zugelassenen Leistungserbringer innerhalb seines üblichen Praxisbereiches nicht abgelehnt werden.
- (2) Der Einsatz von Leistungserbringern, für die der zugelassene Leistungserbringer in der zugelassenen Praxis keine Räume vorhält und die ausschließlich Heilmittel außerhalb der Praxis des zugelassenen

Leistungserbringers erbringen, ist innerhalb seines üblichen Praxisbereiches möglich.

## § 5 Bestätigung der Leistung

- (1) Die abgegebene Leistung sowie ein durchgeführter Hausbesuch sind vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut oder laut „Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog“ (Abkürzungsverzeichnis) gemäß der Heilmittel-Richtlinien und unter Angabe des Datums darzustellen und von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Bei Leistungen der Manuellen Lymphdrainage ist zusätzlich die Therapiedauer je Sitzung der erbrachten Maßnahme anzugeben. Bestätigungen im Voraus, Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig.<sup>2</sup>
- (2) Ist die oder der Versicherte aufgrund von in ihrer oder seiner Person liegenden Gründen nicht selbst in der Lage, den Empfang der Leistung mit einer eigenhändigen Unterschrift zu bestätigen, kann die Bestätigung durch eine gesetzliche Vertreterin oder einen gesetzlichen Vertreter oder durch eine Betreuungsperson mit Unterschrift auf der Rückseite des Verordnungsblattes erfolgen. Ein Hinweis, welche Person aus welchem Grund in diesen Fällen die Unterschrift geleistet hat, ist auf der Rückseite anzubringen. Als Betreuungsperson gilt beispielsweise auch das Pflegepersonal in sozialen Einrichtungen.
- (3) Der zugelassene Leistungserbringer oder seine Leistungserbringer können die Bestätigung nicht als Vertreterin oder Vertreter oder Betreuungsperson übernehmen.
- (4) Verordnungen von Leistungen, die an Versicherte abgegeben werden, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind stets von der gesetzlichen

---

<sup>2</sup> Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22–20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

## Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V

zwischen

dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen  
(GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R)  
Berlin

und

dem Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. (BED)  
Mettlach;

dem Deutschen Verband Ergotherapie e.V. (DVE)  
Karlsbad

**über  
die Versorgung mit Leistungen  
der Ergotherapie  
und deren Vergütung<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Der Vertrag (inklusive der Anlagen 1 – 6) ist gemäß des Schiedsspruchs 4 HE 14-21 vom 15.12.2021 festgesetzt.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Begriffsbestimmungen .....</b>	<b>3</b>
<b>Präambel .....</b>	<b>5</b>
<b>§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages.....</b>	<b>6</b>
<b>§ 2 Leistungsgrundlagen.....</b>	<b>7</b>
<b>§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung .....</b>	<b>7</b>
<b>§ 4 Hausbesuche .....</b>	<b>10</b>
<b>§ 5 Bestätigung der Leistung.....</b>	<b>11</b>
<b>§ 6 Beginn der Behandlung .....</b>	<b>12</b>
<b>§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung.....</b>	<b>13</b>
<b>§ 7a Grundsätze der telemedizinischen Leistungen .....</b>	<b>15</b>
<b>§ 8 Gesetzliche Zuzahlung .....</b>	<b>17</b>
<b>§ 9 Wahl der oder des Leistungserbringenden .....</b>	<b>19</b>
<b>§ 10 Datenschutz, Schweigepflicht.....</b>	<b>20</b>
<b>§ 11 Zulassung .....</b>	<b>20</b>
<b>§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis .....</b>	<b>24</b>
<b>§ 13 Barrierefreiheit.....</b>	<b>24</b>
<b>§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung .....</b>	<b>26</b>
<b>§ 15 Wirtschaftlichkeit.....</b>	<b>28</b>
<b>§ 16 Vergütung .....</b>	<b>28</b>
<b>§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens .....</b>	<b>29</b>
<b>§ 18 Abrechnungsregelungen .....</b>	<b>31</b>
<b>§ 19 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren .....</b>	<b>35</b>
<b>§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen .....</b>	<b>36</b>
<b>§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages .....</b>	<b>37</b>
<b>§ 22 Schlussbestimmungen .....</b>	<b>38</b>



## Begriffsbestimmungen

Verordnende/r	Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte einschließlich angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1 a SGB V Heilmittel verordnen. Im Bereich der Ergotherapie zählen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ebenfalls zu Verordnenden.
Fachliche Leitung	Die Person(en), die von der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden mit der fachlichen Leitung der Praxis beauftragt ist/sind und der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 SGB V (ARGE) benannt ist/sind. Sie kann/können mit der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden identisch sein.
Heilmittel-Richtlinie	Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilm-RL) gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in ihrer jeweils gültigen Fassung.
Leistungserbringende/r	Jede und jeder Therapierende, welche oder welcher aufgrund ihrer oder seiner den ARGEen gegenüber nachgewiesenen berufsrechtlichen Qualifikation berechtigt ist, Heilmittel für die oder den zugelassenen Leistungserbringenden an gesetzlich Krankenversicherte abzugeben. Sie oder er kann mit der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden oder der fachlichen Leitung identisch sein.
Telemedizinische Leistungen	Telemedizinische Leistungen werden als synchrone Kommunikation zwischen einer oder einem Leistungserbringenden und einer Patientin oder einem Patienten, im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung in Echtzeit verstanden. Aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA, Apps) stellen keine alleinige Behandlung dar. Innerhalb einer Therapieeinheit können aufgezeichnete Videos, DiGA / Apps ergänzend genutzt und für den selbständigen Gebrauch durch die Versicherten erläutert werden. Aufgezeichnete Videofilme dienen dabei der standardisierten Patientenedukation.

Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Ergotherapie  
 Lesefassung nach der Ergänzungsvereinbarung vom 26.09.2022

Verordnung	Von einer oder einem Verordnenden gemäß der HeilM-RL ausgefüllter und unterschriebener Vordruck gemäß der Verträge nach § 87 Absatz 1 SGB V.
Versicherte und Versicherter	Anspruchsberechtigte Versicherte der von diesem Vertrag erfassten gesetzlichen Krankenkassen sowie von diesen Krankenkassen nach § 264 SGB V betreute Personen.
Zugelassene(r) Leistungserbringende/r	Die Person(en) oder Personenvereinigungen nach § 3 Absatz 1 und 2 dieses Vertrages, auf die sich die Zulassung bezieht. Ferner sind von dem Begriff „zugelassene(r) Leistungserbringende/r“ die Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V umfasst, soweit sich aus diesem Vertrag nichts anderes ergibt.
Ort der Leistungserbringung	Für den Ort der Leistungserbringung gilt § 11 HeilM-RL entsprechend. Erfordert es die therapeutische Zielsetzung, kann die Therapie außerhalb der Praxis (z. B. Training der Alltagsaktivitäten, Transfer ins häusliche bzw. soziale Umfeld) durchgeführt werden.

## **Präambel**

Grundlage dieses Vertrages ist das gemeinsame Bestreben der Kostenträger und der Leistungserbringenden, die gesetzlich Versicherten unter den Gesichtspunkten von Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit gemäß § 70 SGB V mit ergotherapeutischen Behandlungen zu versorgen.

Die Vertragsparteien unterstützen sich gegenseitig zur bestmöglichen Erreichung dieses gemeinsamen Zieles. Alle vereinbarten Regelungen dienen diesem Zweck und sind unter diesem Gesichtspunkt anzuwenden.

Der Vertrag und dessen Anwendung basieren auf vertrauensvoller Zusammenarbeit.

## § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 125 Absatz 1 und 2 SGB V mit Leistungen der Ergotherapie gemäß § 32 Absatz 1 SGB V.
- (2) Die Einzelheiten richten sich nach diesem Vertrag und den Anlagen 1 – 7:
  - a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1)
  - b) Vergütungsvereinbarung (Anlage 2)
  - c) Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung (Anlage 3)
  - d) Fortbildung (Anlage 4)
  - e) Zulassungsvoraussetzungen (Anlage 5)
  - f) Anerkenniserklärung (Anlage 6)
  - g) Technische Voraussetzungen für die Erbringung telemedizinischer Leistungen gemäß § 125 Absatz 2a Nr. 2 SGB V (Anlage 7)“Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.
- (3) Der Vertrag gilt für die gemäß § 124 Absatz 1 und 2 SGB V zugelassenen Leistungserbringenden, soweit sie diesen Vertrag anerkannt haben. Zugelassene Leistungserbringende, die ihre Zulassung vor dem Inkrafttreten dieses Vertrages nach § 125 Absatz 1 erteilt bekommen haben, haben diesen Vertrag gegenüber der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten des Vertrages oder ab der Entscheidung durch die Schiedsstelle schriftlich anzuerkennen.
- (4) Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gilt dieser Vertrag nach Maßgabe von § 124 Absatz 5 SGB V entsprechend, ohne dass es einer Zulassung sowie einer Anerkennung dieses Vertrages bedarf.
- (5) Die Bestimmungen dieses Vertrages und der Heilm-RL in der jeweils geltenden Fassung sind durch zugelassene Leistungserbringende nach § 124 Absatz 2 SGB V und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V und ihre gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringenden zwingend zu beachten und anzuwenden.

## § 2 Leistungsgrundlagen

- (1) Leistungen der Ergotherapie werden auf der Grundlage einer Verordnung erbracht. Eine Verordnung ist gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der HeilM-RL entspricht. Die Anlage 3 dieses Vertrages konkretisiert die Formerfordernisse der HeilM-RL und beschreibt die notwendigen Angaben auf Verordnungen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind nur nach Maßgabe der Anlage 3 möglich.
- (2) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel ist in der Leistungsbeschreibung beschrieben (Anlage 1). Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die HeilM-RL.

## § 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die oder der zugelassene Leistungserbringende ist berechtigt und verpflichtet, verordnete Maßnahmen der Ergotherapie entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) zu erbringen. Die oder der zugelassene Leistungserbringende erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach dieser Vereinbarung durch ihre oder seine gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringenden durchführen. Die oder der zugelassene Leistungserbringende trägt die Verantwortung für die Erfüllung der mit der Zulassung einhergehenden Verpflichtung.
- (2) Ist die oder der zugelassene Leistungserbringende eine juristische Person oder eine rechtsfähige oder nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, hat sie oder er für die fachliche Leitung der Praxis eine angestellte Leistungserbringende oder einen angestellten Leistungserbringenden gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V zu benennen. Die Aufteilung der fachlichen Leitung einer Praxis im Job-Sharing-Verfahren ist möglich und

auf 2 Leistungserbringende begrenzt. Gleiches gilt für eine natürliche Person, die selbst nicht die Qualifikation gemäß Anlage 5 erfüllt. Die fachliche Leitung der Praxis muss gewährleistet sein.

- (3) Sofern eine fachliche Leitung benannt wurde, kann diese bei begründetem Ausfall, z. B. durch längerfristige Krankheit, Urlaub, Fortbildung, bei Schwangerschaft/Mutterschaft/Elternzeit, bei Pflegezeit sowie bei Kündigung oder Tod in der Praxis vertreten werden. Für die Fälle nach § 3 Absatz 2 gilt diese Vertretungsregelung für die Dauer von bis zu 6 Monaten. Von den Vorgaben nach § 12 Absatz 1 kann im Vertretungsfall in begründeten Fällen abgewichen werden.
- (4) Bei Anstellung von therapeutisch tätigen Mitarbeitern erfolgt eine Mitarbeitermeldung an die jeweils zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V unverzüglich mit folgendem Inhalt:
- Vor- und Nachname
  - Geburtsdatum
  - Berufsurkunde in Kopie
  - die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

Bei Ende der Tätigkeit einer oder eines Leistungserbringenden ist dies der zuständigen Arbeitsgemeinschaft unverzüglich mitzuteilen.

Auf Anforderung der Zulassungsstelle stellt die oder der zugelassene Leistungserbringende innerhalb von 14 Tagen aussagekräftige Raumbelungspläne ihrer oder seiner Praxis zur Verfügung.

- (4a) Der Einsatz von Schülerinnen und Schülern oder Studentinnen und Studenten im Rahmen der praktischen Ausbildung zur Qualifizierung für einen der in der Anlage 5 genannten Abschlüsse ist unter der Voraussetzung möglich, dass
- a) die oder der zugelassene Leistungserbringende den Nachweis erbringen kann, mit der jeweiligen Fach- und/oder Hochschule einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Schülerinnen und Schülern und/oder Studentinnen und Studenten im jeweiligen Heilmittelberuf geschlossen zu haben,

- b) die Schülerin und der Schüler oder die Studentin und der Student abhängig vom Lernstand unter ständiger Aufsicht und Anleitung der oder des zugelassenen Leistungserbringenden oder einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person tätig wird.
- (5) Die oder der zugelassene Leistungserbringende haftet für die von ihnen oder seinen eingesetzten Leistungserbringenden und Personen nach Absatz 4a erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für ihre oder seine eigenen Leistungen. Sie oder er hat sich dafür regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen.
- (6) Die oder der zugelassene Leistungserbringende darf die Therapie einer oder eines Versicherten in begründeten Einzelfällen ablehnen. Die oder der Versicherte ist zu informieren und der zuständigen Krankenkasse auf Nachfrage Auskunft zu erteilen.
- (7) Es ist unzulässig, dass die oder der zugelassene Leistungserbringende für dieselbe Versicherte oder denselben Versicherten zur Erreichung desselben Therapieziels auf Grund derselben Diagnose (endstellig identischer ICD-10-Code, ggf. an derselben Lokalisation) und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog ausgestellter Verordnungen Heilmittel parallel erbringt und abrechnet.
- (8) Versicherte dürfen nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Verordnenden zu fordern. Die oder der Verordnende dürfen in ihrer oder seiner Verordnungsweise aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen nicht beeinflusst werden (vgl. § 128 SGB V).
- (9) An die Versicherten dürfen ausschließlich die auf der Verordnung verordneten Leistungen abgegeben werden. Die Durchführung einer Therapie darf nur wie in der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) oder in der HeilM-RL beschriebenen Form erfolgen. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und



vorzeitig beendete Verordnungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden.

- (10) In der Zeit, in der sich Versicherte in vollstationärer Behandlung gemäß § 39 SGB V befinden, ist eine ambulante Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkasse nur möglich, wenn der oder dem Leistungserbringenden die vollstationäre Behandlung der oder des Versicherten unbekannt ist bzw. war. Am Aufnahme- und Entlassungstag ist die Leistungserbringung möglich.
- (11) Die oder der zugelassene Leistungserbringende hat für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Ziffer 3) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Die Verlaufsdokumentation ist 4 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Ferner sind die gesetzlichen Regelungen zur Führung einer Patientenakte nach § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu beachten.
- (12) Die oder der zugelassene Leistungserbringende gewährleistet, dass die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (13) Die Vorschriften des Medizinprodukterechtes sind in den jeweils gültigen Fassungen zu beachten. Die Hygiene-Bestimmungen des Landes, in dem die oder der zugelassene Leistungserbringende seinen Betriebssitz hat, sind in der jeweils gültigen Fassung von ihr oder ihm und ihren oder seinen Leistungserbringenden zu beachten.

#### **§ 4 Hausbesuche**

- (1) Die oder der zugelassene Leistungserbringende ist verpflichtet, verordnete Hausbesuche sicherzustellen, wenn der Wohnort der oder des Versicherten im Umkreis mit einem Radius von 10 Kilometern um die Praxis liegt. Darüber

Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie  
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)  
einschließlich der Änderungsvereinbarung in der Fassung vom 01.12.2022  
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.11.2022)

---

Durch die Entscheidungen der Schiedsstelle nach § 125 Abs. 6 SGB V  
Aktenzeichen 4 HE 30–20 vom 15.03.2021 (in der Fassung des Schiedsspruchs vom  
22.03.2021)  
und Aktenzeichen 4 HE 22–22 vom 15.11.2022  
wurde folgender Vertrag festgesetzt:

**Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V**

zwischen

dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen  
(GKV-Spitzenverband, K. d. ö. R.) Berlin;

dem Deutschen Bundesverband der  
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen,  
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba), Hamburg;

dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl), Frechen;

dem Deutschen Bundesverband für  
akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs), Moers;

und

LOGO Deutschland e. V., Berlin

über

die Versorgung mit Leistungen  
der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie  
und deren Vergütung

einschließlich der Änderungsvereinbarung in der Fassung vom 01.12.2022

Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie  
 (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)  
 einschließlich der Änderungsvereinbarung in der Fassung vom 01.12.2022  
 (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.11.2022)

---

## Inhaltsverzeichnis

Begriffsbestimmungen .....	3
Präambel.....	5
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages .....	5
§ 2 Leistungsgrundlagen.....	6
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung .....	6
§ 4 Hausbesuche .....	10
§ 5 Bestätigung der Leistung .....	11
§ 6 Beginn der Behandlung .....	11
§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung.....	12
§ 7a Erbringung telemedizinischer Leistungen .....	13
§ 8 Gesetzliche Zuzahlung .....	16
§ 9 Wahl des Leistungserbringers .....	17
§ 10 Datenschutz, Schweigepflicht .....	18
§ 11 Zulassung.....	18
§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis .....	20
§ 13 Barrierefreiheit.....	21
§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung .....	21
§ 15 Wirtschaftlichkeit .....	23
§ 16 Vergütung .....	24
§ 16a Transparenz.....	24
§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens .....	24
§ 18 Abrechnungsregelungen .....	25
§ 19 Maßnahmen bei Vertragsverstößen .....	29
§ 20 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren .....	31
§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages .....	31
§ 22 Vertragsauslegung .....	32
§ 23 Schlussbestimmungen.....	32



Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie  
 (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)  
 einschließlich der Änderungsvereinbarung in der Fassung vom 01.12.2022  
 (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.11.2022)

## Begriffsbestimmungen

Ärztin oder Arzt	Alle an der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung teilnehmenden (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte einschließlich angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V Heilmittel verordnen.
Behandlung	Die Behandlung umfasst die diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen in unmittelbarer Interaktion mit der oder dem Versicherten.
Diagnostik	In der Leistungsbeschreibung vereinbarte Diagnostikleistungen.
Fachliche Leitung	Die Person(en), die von dem zugelassenen Leistungserbringer mit der fachlichen Leitung der Praxis beauftragt ist/sind und der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 SGB V (ARGE) benannt ist/sind. Sie kann/können mit dem zugelassenen Leistungserbringer identisch sein.
Heilmittel-Richtlinien	Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilm-RL) gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und die Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilm-RL ZÄ) in ihrer jeweils gültigen Fassung.
Initialen	Ist eine mindestens 2-stellige Buchstabenkombination, die einem Leistungserbringer eindeutig zugeordnet ist.
Leistungserbringer	Jede Therapeutin und jeder Therapeut, welche oder welcher aufgrund ihrer oder seiner der ARGE gegenüber nachgewiesenen berufsrechtlichen Qualifikation berechtigt ist, Heilmittel für den zugelassenen Leistungserbringer an gesetzlich Krankenversicherte abzugeben. Er kann mit dem zugelassenen Leistungserbringer oder der fachlichen Leitung identisch sein.
Regelbehandlungszeit	Die Regelbehandlungszeit beinhaltet die Zeit einer Behandlung in unmittelbarer Interaktion mit der oder dem Versicherten.
Regelleistungszeit	Die Regelleistungszeit beinhaltet neben der Regelbehandlungszeit die notwendigen Zeiten für die Vor-, Nachbereitung



Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie  
 (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)  
 einschließlich der Änderungsvereinbarung in der Fassung vom 01.12.2022  
 (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.11.2022)

	und Dokumentation jeder Behandlung mit der oder dem Versicherten.
Telemedizinische Leistungen	<p>Telemedizinische Leistungen werden als synchrone Kommunikation zwischen einem Leistungserbringer und einer oder einem Versicherten oder seiner Bezugs-/Betreuungspersonen, im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung in Echtzeit verstanden.</p> <p>Aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) stellen keine Behandlung dar.</p>
Therapie	Die Therapie umfasst nur die therapeutischen Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie in unmittelbarer Interaktion mit der oder dem Versicherten. Diese werden in Einzel-Therapie in Abhängigkeit von der vorliegenden Verordnung als 30-, 45- oder 60-minütige Einheit mit der oder dem Versicherten durchgeführt. Ferner ist eine Verordnung als Gruppen-Therapie als 45- oder 90-minütige Therapieeinheit möglich.
Verordnung	Von einer Ärztin oder einem Arzt gemäß der Heilmittel-Richtlinien ausgefüllter und unterschriebener Vordruck gemäß der Verträge nach § 87 Absatz 1 SGB V.
Versicherte oder Versicherter	Anspruchsberechtigte Versicherte der von diesem Vertrag erfassten gesetzlichen Krankenkassen sowie von diesen Krankenkassen nach § 264 SGB V betreute Personen.
Zugelassene(r) Leistungserbringer	Die natürliche oder juristische Person oder eine rechtsfähige bzw. nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, an die die Zulassung gebunden ist und welche die Heilmittel abgibt – entweder durch unmittelbares Erbringen oder mittelbar durch andere Leistungserbringer. Ferner sind von dem Begriff „zugelassene Leistungserbringer“ die Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V umfasst, soweit sich aus diesem Vertrag nichts anderes ergibt.



Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie  
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)  
einschließlich der Änderungsvereinbarung in der Fassung vom 01.12.2022  
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.11.2022)

---

## Präambel

Der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Heilmittelverbände im Heilmittelbereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie schließen diesen Vertrag über die Einzelheiten der Versorgung mit dem Ziel, eine bundesweit einheitliche, qualitativ hochwertige, gerechte, flächendeckende und für alle Vertragspartner wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.

Die Vertragspartner haben die vertraglichen Regelungen auf eine einerseits einfache und bürokratiearme sowie andererseits rechtssichere und -konforme Umsetzung ausgerichtet. Gleichzeitig haben sie das Ziel verfolgt ein hohes Niveau der Diagnostik und Therapie nach aktuellem wissenschaftlichen Erkenntnisstand sicherzustellen.

## § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 125 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V mit Leistungen zur Diagnostik und Therapie bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen gemäß § 32 Absatz 1 SGB V.
- (2) Die Einzelheiten richten sich nach diesem Vertrag und den Anlagen 1 – 7:
  - a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1)
  - b) Vergütungsvereinbarung (Anlage 2)
  - c) Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung (Anlage 3a und 3b)
  - d) Fortbildung (Anlage 4)
  - e) Zulassungsvoraussetzungen (Anlage 5)
  - f) Anerkenniserklärung (Anlage 6)
  - g) Technische Voraussetzungen für die Erbringung telemedizinischer Leistungen gemäß § 125 Absatz 2a Nr. 2 SGB V (Anlage 7)

Die Anlagen in der jeweils geltenden Fassung sind unabdingbarer Bestandteil dieses Vertrages.

- (3) Der Vertrag gilt für die gemäß § 124 Absatz 1 in Verbindung mit 2 SGB V zugelassenen Leistungserbringer, soweit sie diesen Vertrag anerkannt haben. Zugelassene Leistungserbringer, die ihre Zulassung vor dem Inkrafttreten dieses Vertrages erteilt bekommen haben, haben diesen Vertrag gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft gemäß § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb von 6 Monaten



Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie  
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)  
einschließlich der Änderungsvereinbarung in der Fassung vom 01.12.2022  
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.11.2022)

---

ab Inkrafttreten des Vertrages schriftlich anzuerkennen. Zur Wahrung der Schriftform ist die Übermittlung z. B. per Fax oder E-Mail ausreichend. Mit der Anerkennung dieses Vertrages gilt die bereits erteilte Zulassung unverändert fort.

- (4) Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gilt dieser Vertrag nach Maßgabe von § 124 Absatz 5 SGB V entsprechend, ohne dass es einer Zulassung sowie einer Anerkennung dieses Vertrages bedarf.
- (5) Die Bestimmungen dieses Vertrages und der Heilmittel-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung sind durch zugelassene Leistungserbringer nach § 124 Absatz 1 in Verbindung mit 2 SGB V und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V zwingend zu beachten und anzuwenden.

## § 2 Leistungsgrundlagen

- (1) Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie werden auf der Grundlage einer gültigen ärztlichen Verordnung erbracht. Eine Verordnung ist gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinien entspricht. Die Anlagen 3a und 3b dieses Vertrages konkretisieren die Formerfordernisse der Heilmittel-Richtlinien und beschreiben die notwendigen Angaben auf Verordnungen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind nach Maßgabe der Anlagen 3a und 3b möglich.
- (2) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel ist in der Leistungsbeschreibung beschrieben (Anlage 1). Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinien.

## § 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer gemäß § 124 Absatz 1 in Verbindung mit 2 SGB V ist berechtigt und verpflichtet, ärztlich verordnete Maßnahmen der



Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie  
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)  
einschließlich der Änderungsvereinbarung in der Fassung vom 01.12.2022  
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.11.2022)

---

Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie die damit verbundene Diagnostik entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) zu erbringen. Der zugelassene Leistungserbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach dieser Vereinbarung durch seine gemäß § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V und der Anlage 5 fachlich zulassungsberechtigten Mitarbeitenden (Leistungserbringer) durchführen. Der zugelassene Leistungserbringer trägt die Verantwortung für die Erfüllung der mit der Zulassung einhergehenden Verpflichtungen.

- (2) Ist der zugelassene Leistungserbringer eine juristische Person, eine rechtsfähige bzw. nicht-rechtsfähige Personenvereinigung oder ein Träger im Sinne des § 124 Absatz 5 SGB V, dann hat er für die fachliche Leitung der Praxis einen angestellten Leistungserbringer gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V zu benennen. Gleiches gilt für eine natürliche Person, die selbst nicht die Qualifikation gemäß Anlage 5 erfüllt. Die fachliche Leitung der Praxis muss zu jeder Zeit gewährleistet sein. Unabhängig von der Rechtsform ist die fachliche Leitung auf 2 Standorte begrenzt, dies gilt auch für zugelassene Praxisinhaber. Die Aufteilung der fachlichen Leitung einer Praxis im Job-sharing-Verfahren ist auf 2 zulassungsfähige Leistungserbringer begrenzt. Die fachliche Leitung soll dabei möglichst gleichmäßig aufgeteilt werden.
- (3) Bei Tod des zugelassenen Leistungserbringers bleibt die Zulassung für einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen. Wird der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb der in Satz 1 genannten Frist kein neuer Zulassungsinhaber benannt, erlischt die Zulassung. Der Tod des zugelassenen Leistungserbringers ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V unverzüglich anzuzeigen.
- (4) Der zugelassene Leistungserbringer kann bis zur Dauer von 6 Monaten je Kalenderjahr in seiner Praxis vertreten werden. Längere Vertretungen sind der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V möglichst eine Woche vor Beginn anzuzeigen. Hiervon unberührt ist die Möglichkeit, die Praxis ohne Vertretung bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr zu schließen.
- (5) Leistungen dürfen ausschließlich an den in § 11 der HeilM-RL bzw. § 9 der HeilM-RL ZÄ genannten Orten und unter den dort genannten Voraussetzungen



erbracht werden. Ein verordneter Hausbesuch kann auch in sozialen Einrichtungen erbracht werden, in denen sich die oder der Versicherte tagsüber üblicherweise aufhält (z. B. Tagespflege, Werkstätten für Behinderte).

- (6) Die Qualifikation der Leistungserbringer, mit Ausnahme der zugelassenen Leistungserbringer, deren Vor- und Nachnamen, deren Initialen, sowie das Geburtsdatum, die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit in Stunden und den Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit (Praxis, Hausbesuch oder Behandlung in einer Einrichtung nach § 11 Absatz 2 der HeilM-RL bzw. § 9 Absatz 2 der HeilM-RL ZÄ (tagesstrukturierende Einrichtung)) hat der zugelassene Leistungserbringer der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V mindestens einmal im Jahr, spätestens zum Ende eines Kalenderjahres, unaufgefordert nachzuweisen. Die erste Meldung nach diesem Vertrag muss für alle Leistungserbringer spätestens zum 31.12.2021 erfolgt sein.
- (6a) Der Einsatz von Berufsfachschülerinnen und -schülern sowie Studierenden im Rahmen der praktischen Ausbildung zur Qualifizierung für einen der in der Anlage 5 genannten Abschlüsse ist unter der Voraussetzung möglich, dass
- a) der zugelassene Leistungserbringer den Nachweis erbringt, mit der jeweiligen Ausbildungsstätte einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Berufsfachschülerinnen und -schülern sowie Studierenden im jeweiligen Heilmittelberuf geschlossen zu haben,
  - b) die Berufsfachschülerinnen und -schüler sowie Studierenden unter Anwesenheit und Aufsicht des zugelassenen Leistungserbringers oder einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person tätig werden. Der zugelassene Leistungserbringer trägt hierfür die Verantwortung.
  - c) der Leistungserbringer vor Beginn der Behandlungseinheit gemeinsam mit den Berufsfachschülerinnen und -schülern sowie Studierenden eine Besprechung der Vorgehensweise der Behandlung durchführt hat,
  - d) der Leistungserbringer nach Beendigung der Behandlungseinheit durch die Berufsfachschülerin oder den Berufsfachschüler sowie Studierenden das Ergebnis bewertet hat, und ggf. erforderliche Änderungen in den Therapieplan einfließen lässt.



Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie  
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)  
einschließlich der Änderungsvereinbarung in der Fassung vom 01.12.2022  
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.11.2022)

---

- (7) Der zugelassene Leistungserbringer haftet für die von seinen eingesetzten Leistungserbringern und Personen nach Absatz 6a erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen.
- (8) Der zugelassene Leistungserbringer darf die Behandlung einer oder eines Versicherten in begründeten Einzelfällen ablehnen oder abbrechen. Der Grund für den Behandlungsabbruch ist in der Verlaufsdokumentation zu dokumentieren. Die oder der Versicherte ist über den Behandlungsabbruch zu informieren. Der zuständigen Krankenkasse ist auf Nachfrage Auskunft zu erteilen.
- (9) Es ist unzulässig, dass ein zugelassener Leistungserbringer für dieselbe Versicherte oder denselben Versicherten zur Erreichung desselben Therapieziels innerhalb derselben Diagnosegruppe der Heilmittel-Richtlinien auf Grundlage parallel ausgestellter Verordnungen Heilmittel erbringt und abrechnet.
- (10) Versicherte dürfen durch den Leistungserbringer nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Ärztinnen oder Ärzten zu fordern. Gleichzeitig darf der Leistungserbringer von sich aus die Ärztin oder den Arzt in ihrer oder seiner Verordnungsweise aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen nicht beeinflussen (vgl. § 128 SGB V).
- (11) An die Versicherten dürfen ausschließlich die auf der Verordnung verordneten Leistungen abgegeben werden. Die Durchführung einer Behandlung darf nur wie in der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) bzw. in der in den Heilmittel-Richtlinien beschriebenen Form erfolgen. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Verordnungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden.
- (12) In der Zeit, in der sich Versicherte in vollstationärer Behandlung gemäß § 39 SGB V befinden, ist eine ambulante Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkasse nur möglich, wenn dem Leistungserbringer die vollstationäre Behandlung der oder des Versicherten unbekannt ist bzw. war. Am Aufnahme- und Entlassungstag ist die Leistungserbringung möglich.



Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie  
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)  
einschließlich der Änderungsvereinbarung in der Fassung vom 01.12.2022  
(Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.11.2022)

---

- (13) Der zugelassene Leistungserbringer hat für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdocumentation gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Ziffer 5) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Die Verlaufsdocumentation ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der zugelassene Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung unter Einhaltung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten. Die gesetzliche Verpflichtung zur Führung und Aufbewahrung einer Patientenakte nach § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) bleibt unberührt.
- (14) Der zugelassene Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der unterschiedlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (15) Der zugelassene Leistungserbringer und seine Leistungserbringer haben die Vorschriften des Medizinprodukterechts, insbesondere die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte (MP-VO) und die nationalen Anpassungs- und Durchführungsbestimmungen in den jeweils gültigen Fassungen zu beachten.
- (16) Die Bestimmungen der Hygieneverordnungen des Landes, in dem der zugelassene Leistungserbringer seinen Betriebssitz hat, sind in den jeweils gültigen Fassungen von ihm und seinen Leistungserbringern einzuhalten.

#### **§ 4 Hausbesuche**

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, ärztlich verordnete Hausbesuche sicherzustellen, wenn der Wohnort der oder des Versicherten im Umkreis mit einem Radius von 10 Kilometern um die Praxis liegt. Außerhalb dieses Radius ist hierzu nur der zum Wohnort der oder des Versicherten nächstgelegene zugelassene Leistungserbringer verpflichtet. Im Ausnahmefall dürfen auch weiter entfernte Versicherte im Hausbesuch versorgt werden.
- (2) Der Einsatz von Leistungserbringern, für die der zugelassene Leistungserbringer in der zugelassenen Praxis keine Räume vorhält und die ausschließlich Heilmittel außerhalb der Praxis des zugelassenen Leistungserbringers erbringen, ist möglich, soweit diese organisatorisch an die Praxis des zugelassenen Leistungserbringers angebunden sind und der zugelassene Leistungserbringer in der Lage

## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die Abschlussarbeit selbständig und ohne Inanspruchnahme fremder Hilfe angefertigt habe. Ich habe dabei nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und die aus diesen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Arbeit mit Hilfe eines Plagiatserkennungsdienstes auf enthaltene Plagiate überprüft wird.

Uelzen, 25.08.2023



Stefan Reck