



Physiotherapie in Österreich – eine Relevanzanalyse

Studie im Auftrag von Physio Austria

Physiotherapie in Österreich – eine Relevanzanalyse

Studie im Auftrag von Physio Austria

Martin Gleitsmann

Dominik Gröbl

Alexandra Schenz

Gisela Szügyi

Alex Zanol

Unter Mitarbeit von:

Lino Belau

Isabell Kovarik

September, 2026

Economica

Institut für Wirtschaftsforschung

Liniengasse 50-52

A-1060 Wien

+43 676 3200 400

office@economica.eu

www.economica.eu

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	vi
--------------------------	-----------

1. Einleitung und Definitionen	i
---------------------------------------	----------

1.1. Definition der Physiotherapie und Arbeitsfelder von Physiotherapeutinnen und -therapeuten.....	ii
1.2. Physiotherapie als gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf.....	iii
1.3. Tätigkeitsvorbehalt physiotherapeutischer Maßnahmen.....	iv
1.4. Bewegungstherapie als Kernkompetenz der Physiotherapie	v
1.5. Begriffliche Abgrenzungen.....	vii

2. Statistischer und demografischer Status quo in Österreich	1
---	----------

2.1. Angebotsseite	2
2.1.1. Anzahl Registrierungen nach Geschlecht und Alter	2
2.1.2. Setting der Berufsausübung & Versorgungsdichte	5
2.1.3. Therapieeinheiten, Anzahl Patientinnen und Patienten & Kapazitäten	7
2.1.4. Alterszielgruppen & Fachgebiete	10
2.2. Nachfrageseite	12
2.2.1. Inanspruchnahme Physiotherapie	12
2.2.2. Physiotherapie in Krankenanstalten	16
2.2.3. Stationäre Gesundheitsversorgung	18
2.2.4. Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen	20
2.3. Angebot vs. Nachfrage	22
2.4. Personalbestand & Personalprognose	24
2.4.1. Demografische Entwicklung & Altersstruktur der Patientinnen und Patienten	26
2.5. Arbeitsmarkt & Ausbildung	28
2.5.1. Stellenausschreibungen	28

2.5.2.	Studienabschlüsse Physiotherapie	29
2.5.3.	Erweiterung der Studienplätze	32
2.5.4.	Gap steigende Nachfrage vs. Ausbildungsplätze	32
2.6.	Krankheitslast	32
2.6.1.	Potenziale der Physiotherapie	37
3.	Wirkungsfelder der Physiotherapie	38
3.1.	Aufbau der Analyse und theoretischer Rahmen	39
3.2.	Wirkungsebene 1: Demografie und Biologie (Alter, Geschlecht, Erbanlagen).....	41
3.2.1.	These 1.A: Physiotherapie hat positive Gesundheitseffekte bei älteren Menschen mit chronischen Krankheiten	43
3.2.2.	These 1.B: Physiotherapie hat positive Gesundheitseffekte bei Kindern mit Zerebralparese	44
3.2.3.	These 1.C: Physiotherapie hat positive Gesundheitseffekte bei der Entwicklung der motorischen Funktionen bei Frühgeborenen	46
3.2.4.	Evidenzbilanz (Ebene 1)	49
3.3.	Wirkungsebene 2: Faktoren individueller Lebensweisen	49
3.3.1.	These 2.A: Physiotherapeutisch geleitete Gesundheitsförderung verbessert Bewegungsverhalten und metabolische Risikofaktoren	50
3.3.2.	These 2.B: Physiotherapie kann zu einer Reduktion von gesundheitsschädlichem Substanzgebrauch beitragen	51
3.3.3.	These 2.C: Physiotherapie fördert die Therapieadhärenz durch spezifische Verhaltensänderungstechniken	52
3.3.4.	Evidenzbilanz (Ebene 2)	53
3.4.	Wirkungsebene 3: Soziale und kommunale Netzwerke	53
3.4.1.	These 3.A: Die therapeutische Allianz wirkt eigenständig auf klinische Outcomes	54
3.4.2.	These 3.B: Soziale Unterstützung verbessert die Rehabilitationsadhärenz	55
3.4.3.	These 3.C: Der Zugang zu Physiotherapie folgt einem sozialen Gradienten	55

3.4.4.	These 3.D: Die Einbindung von Angehörigen verbessert funktionelle Outcomes	56
3.4.5.	These 3.E: Pflegebelastung ist wirtschaftlich und gesellschaftlich hoch bedeutsam	57
3.4.6.	These 3.F: Physiotherapeutinnen und -therapeuten übernehmen eine Coaching-Rolle für Angehörige	57
3.4.7.	These 3.G: Gruppenphysiotherapie ist klinisch gleichwertig und kostengünstiger	58
3.4.8.	These 3.H: Gruppenformate erzeugen eigenständigen sozialen Mehrwert	59
3.4.9.	These 3.I: Gruppenphysiotherapie beugt sozialer Isolation vor	59
3.4.10.	These 3.J: Physiotherapie in der Primärversorgung ist wirksam, sicher und systemökonomisch überlegen	60
3.4.11.	These 3.K: Social Prescribing und Exercise Referral verbinden Physiotherapie mit sozialen Determinanten	61
3.4.12.	These 3.L: Das österreichische Primärversorgungssystem bietet strukturelle Anknüpfungspunkte für Physiotherapie	61
3.4.13.	Evidenzbilanz (Ebene 3)	62
3.5.	Wirkungsebene 4: Lebens- und Arbeitsbedingungen	63
3.5.1.	These 4.A: Physiotherapie verbessert Funktion und Lebensqualität bei chronischen Beschwerdebildern	64
3.5.2.	These 4.B: Betriebsnahe Physiotherapie verbessert Arbeitsfähigkeit und Gesundheitszustand kosteneffizient	67
3.5.3.	These 4.C: Direkter Zugang zu Physiotherapie ist klinisch mindestens gleichwertig und kosteneffizienter als der Weg über die ärztliche Erstversorgung	69
3.5.4.	Evidenzbilanz (Ebene 4)	72
3.6.	Wirkungsebene 5: Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt	73
3.6.1.	These 5.A: Physiotherapie verbessert Arbeitsfähigkeit und volkswirtschaftliche Wertschöpfung	74
3.6.2.	These 5.B: Die Finanzierungsstruktur des Gesundheitssystems schafft sozioökonomisch ungleiche Zugangshürden zu Physiotherapie	74

3.6.3.	These 5.C: Die Versorgungsdichte mit Physiotherapie unterscheidet sich zwischen Stadt und Land	75
3.6.4.	These 5.D: Klimawandel und ökologische Bedingungen beeinflussen den physiotherapeutischen Bedarf und Fußabdruck	76
3.6.5.	These 5.E: Health Literacy und Digitalisierung beeinflussen Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Physiotherapie	77
3.6.6.	Evidenzbilanz (Ebene 5)	77
3.7.	Zusammenfassung über die Wirkungsfelder der Physiotherapie	78
4.	Hochrechnungen anhand von Lebensstationen	80
4.1.	Zweck und Einordnung	81
4.2.	Auswahlprozess der Personae und Lebensstationen	81
4.3.	Berechnungslogik und Limitationen.....	84
4.4.	Persona 1 – Chronischer Rückenschmerz	85
4.4.1.	P1-Station 2 — Vermeidung elektiver lumbaler Dekompressionsoperationen	85
4.4.2.	P1-Station 4 — Rezidiv-/Chronifizierungsverhinderung durch Physiotherapie-Nachsorge	87
4.5.	Persona 2 – Kniearthrose & Sturz	89
4.5.1.	P2-Station 2 — Sturzprävention bei sturzgefährdeten älteren Frauen (Otago-Programm)	89
4.5.2.	P2-Station 3 — Verzögerung der Knie-Totalendoprothese durch multimodale Physiotherapie	92
4.6.	Persona 4 – Schlaganfall.....	94
4.6.1.	P4-Station 1 — Early Supported Discharge: koordinierte multidisziplinäre Frühentlassung	94
4.7.	Diabetes mellitus Typ 2 – Fallstudie	96
4.7.1.	DIA-NF-A — Diabetische periphere Neuropathie: Balance-/Gangtherapie zur Sturzprävention	96
4.8.	Zusammenfassung.....	98
5.	Conclusio	101
6.	Literaturverzeichnis	103

7. Abbildungsverzeichnis	127
8. Tabellenverzeichnis	127
9. Abkürzungsverzeichnis	129

Executive Summary

Ausgangslage und Zielsetzung

Im Auftrag von Physio Austria untersucht die vorliegende Studie den gesundheitlichen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Beitrag der Physiotherapie entlang der Determinanten der Gesundheit nach Dahlgren und Whitehead. Sie verbindet eine Aktualisierung des statistischen Status quo, eine Auswertung der Evidenz auf fünf Wirkungsebenen und Hochrechnungen vermeidbarer Kosten anhand konkreter Lebensverläufe (Personae). Zentrales Instrument der Physiotherapie ist die Bewegungstherapie, die in Österreich dem Tätigkeitsvorbehalt nach dem MTD-Gesetz 2024 unterliegt.

Status quo: Angebot und Nachfrage wachsen, eine Personallücke zeichnet sich ab

- 2024 waren 19.061 Physiotherapeutinnen und -therapeuten registriert, um 30,4 % mehr als 2019. Die Versorgungsdichte stieg auf 2,07 je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner, mit deutlichem West-Ost-Gefälle.
- 21,8 % der Bevölkerung nahmen 2019 Physiotherapie in Anspruch (rund 1,6 Mio. Personen). In Krankenanstalten stehen Physio- und physikalische Therapien an zweiter Stelle der stationär erbrachten konservativen Leistungen.
- Mehr als die Hälfte der befragten Wahltherapeutinnen und -therapeuten muss wöchentlich Anfragen ablehnen. Bis 2030 droht je nach Szenario eine Lücke von rund 280 bis 3.700 Berufsangehörigen, obwohl auf einen Studienplatz etwa acht Bewerbungen kommen.
- Nicht-übertragbare Erkrankungen und Stürze verursachen 79 % der Krankheitslast in Österreich – genau jene Bereiche, in denen Physiotherapie ansetzt.

Evidenz: Die Physiotherapie wirkt auf allen Ebenen der Gesundheitsdeterminanten

Von 26 geprüften Thesen sind 20 mindestens gestützt.

- **Ebene 1 – Demografie und Biologie:** positive Effekte über den gesamten Lebensbogen, von Frühgeborenen und Kindern mit Zerebralparese bis zu älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen.

- **Ebene 2 – Individuelle Lebensweisen:** Verbesserung von Bewegungsverhalten und metabolischen Risikofaktoren (gut gestützt) sowie der Therapieadhärenz (gestützt).
- **Ebene 3 – Soziale und kommunale Netzwerke:** elf der zwölf Thesen mindestens gut gestützt, fünf davon stark – von der therapeutischen Allianz über die Einbindung von Angehörigen bis zu kostengünstigen Gruppenformaten. Das größte Potenzial für Österreich liegt in der Physiotherapie in der Primärversorgung.
- **Ebene 4 – Lebens- und Arbeitsbedingungen:** stark gestützte Verbesserung von Funktion und Lebensqualität bei chronischen, vor allem muskuloskelettalen Beschwerden; ebenfalls stark gestützt ist, dass der Direktzugang klinisch mindestens gleichwertig und kosteneffizient ist.
- **Ebene 5 – Sozioökonomische und physische Umwelt:** rund 871 Mio. € Bruttowertschöpfung und rund 20.000 Beschäftigungsverhältnisse; der hohe Anteil an Wahltherapie dürfte sozioökonomisch ungleiche Zugangshürden schaffen.

Die Wirksamkeitsevidenz ist überwiegend international; österreichische Daten belegen vor allem den Bedarf.

Hochrechnungen: messbare Kostenunterschiede an entscheidenden Punkten

Für drei Personae und eine ergänzende Diabetes-Fallstudie wurden sechs Lebensstationen analysiert, fünf davon hochgerechnet (Bandbreiten pro Jahr):

- **Chronischer Rückenschmerz:** rund 16–34 Mio. € durch vermiedene elektive Dekompressionsoperationen, rund 43–87 Mio. € an vermiedenen Krankenstandskosten.
- **Kniearthrose und Sturz:** rund 3–8 Mio. € (Akut) bzw. 12–32 Mio. € (inkl. Pflege) durch Sturzprävention sowie rund 11–31 Mio. € durch die Verzögerung der Knie-Totalendoprothese.
- **Schlaganfall:** rund 10–61 Mio. € (Kernaussage rund 29 Mio. €) durch Early Supported Discharge (ESD).

Die Bandbreiten sind nicht additiv. Der eigentliche Befund liegt im wiederkehrenden Muster: Physiotherapie setzt an Wendepunkten an, an denen eine Entscheidung – operieren oder nicht, erneut ausfallen oder nicht, stürzen oder nicht – einen messbaren Kostenunterschied macht.

Fazit

Die Physiotherapie leistet einen breit belegten Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung und zur Entlastung des Versorgungssystems. Ob dieses Potenzial ausgeschöpft wird, hängt vor allem an Personalkapazitäten, Zugangsstrukturen und Finanzierung.

1.

Einleitung und Definitionen

Physiotherapeutinnen und -therapeuten zählen zu den am dynamischsten wachsenden Gesundheitsberufen in Österreich: Sowohl die Zahl der Berufsangehörigen als auch die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen sind in den vergangenen Jahren spürbar gestiegen. Angesichts der demografischen Entwicklung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und eines wachsenden Gesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung wird diese Entwicklung absehbar anhalten.

Vor diesem Hintergrund hat Physio Austria Economica beauftragt, die Relevanz der Physiotherapie in Österreich systematisch und evidenzbasiert darzustellen. Im Fokus steht dabei nicht die rein ökonomische Bedeutung des Berufsstandes, wie sie bereits in einer vorangegangenen Studie von Economica (2024) beleuchtet wurde, sondern der gesundheitliche, gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Beitrag der Physiotherapie entlang der Determinanten der Gesundheit. Ziel ist es, ein möglichst gesamtheitliches Bild davon zu zeichnen, an welchen Punkten physiotherapeutische Versorgung einen nachweisbaren Unterschied für Individuum, Versorgungssystem und Gesellschaft macht.

Bevor die inhaltliche Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung beginnt, ist jedoch ein gemeinsames Begriffsverständnis erforderlich. Das folgende Kapitel klärt daher zunächst, was unter Physiotherapie und insbesondere unter Bewegungstherapie als ihrer zentralen Kernkompetenz zu verstehen ist, und schafft damit die begriffliche Grundlage für die nachfolgende Analyse. Es gliedert sich in fünf Abschnitte: Zunächst wird die Physiotherapie definiert und es werden die Arbeitsfelder von Physiotherapeutinnen und -therapeuten beschrieben (Kapitel 1.1). Anschließend wird die Physiotherapie als gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf eingeordnet (Kapitel 1.2) und der Tätigkeitsvorbehalt physiotherapeutischer Maßnahmen erläutert (Kapitel 1.3). Darauf aufbauend wird die Bewegungstherapie – einschließlich der medizinischen Trainingstherapie und weiterer bewegungsbezogener Interventionen – als Kernkompetenz der Physiotherapie dargestellt (Kapitel 1.4). Abschließend werden begriffliche Abgrenzungen vorgenommen und die im weiteren Bericht einheitlich verwendete Terminologie festgelegt (Kapitel 1.5).

1.1. Definition der Physiotherapie und Arbeitsfelder von Physiotherapeutinnen und -therapeuten

Physiotherapeutinnen und -therapeuten besitzen die Expertise für die Entwicklung, Erhaltung, Wiederherstellung und Optimierung von Bewegung und Bewegungsfunktionen über die gesamte Lebensspanne.¹ Sie verfügen über fundierte wissenschaftliche Kenntnisse und klinische Kompetenzen in den Bereichen

¹ Positionspapier Physio Austria: https://www.physioaustria.at/sites/default/files/2021-10/positionspapier_physiotherapie_022014.pdf

Bewegungsentwicklung, Bewegungssteuerung, motorische Kontrolle sowie funktionelle Anpassungsprozesse des menschlichen Körpers. Ihr Tätigkeitsfeld umfasst insbesondere die Prävention, physiotherapeutische Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Gesundheitsförderung bei Beeinträchtigungen des Bewegungssystems sowie bei Funktionsstörungen anderer Organsysteme, die sich auf Bewegungsfähigkeit und Teilhabe auswirken.

Ziel der Physiotherapie ist es, Funktionsstörungen vorzubeugen, Bewegungspotenziale zu fördern sowie verlorengegangene oder eingeschränkte Funktionen wiederherzustellen, zu erhalten oder zu kompensieren. Sie unterstützt Menschen aller Altersgruppen dabei, ihre körperliche Leistungsfähigkeit, Selbstständigkeit und Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern. Neben der Wiederherstellung natürlicher Bewegungsabläufe umfasst die Physiotherapie auch die evidenzbasierte Symptommelinderung, das Symptommanagement sowie die Begleitung chronischer Erkrankungen. Grundlage der physiotherapeutischen Versorgung ist der physiotherapeutische Prozess, der eine systematische Befunderhebung, Analyse, Zielsetzung, Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen umfasst. Dieser strukturierte diagnostische und therapeutische Prozess gewährleistet eine patientenzentrierte, qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Versorgung.

Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind in unterschiedlichen Versorgungsbereichen tätig, darunter in Krankenanstalten, Rehabilitations- und Gesundheitszentren, ambulanten Einrichtungen und niedergelassenen Praxen sowie im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Im Rahmen der Vorsorgemedizin leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsberatung, Gesundheitserziehung und zur Entwicklung präventiver Maßnahmen. Die physiotherapeutische Behandlung basiert auf einer Vielzahl wissenschaftlich fundierter bewegungstherapeutischer Konzepte und Methoden. Diese werden durch manuelle und physikalische Maßnahmen ergänzt, darunter beispielsweise Thermotherapie, Elektrotherapie, Hydrotherapie sowie weitere indikationsspezifische Interventionen. Physiotherapie verfolgt dabei einen biopsychosozialen Ansatz, der neben körperlichen Funktionen auch individuelle, soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren berücksichtigt.

1.2. Physiotherapie als gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf

Physiotherapeutinnen und -therapeuten zählen zu den gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufen und sind ein wesentlicher Bestandteil der modernen Gesundheitsversorgung. Gemäß § 19 Abs. 1 MTD-Gesetz 2024 (MTDG) umfasst das physiotherapeutische Berufsbild „die Ausübung aller physiotherapeutischen

Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Therapie, Rehabilitation und Prophylaxe, einschließlich Gesundheitserziehung“.²

Kern der physiotherapeutischen Berufsausübung ist der physiotherapeutische Prozess. Dieser stellt einen strukturierten, wissenschaftlich fundierten Handlungsrahmen dar und umfasst die Anamnese, klinische Analyse, physiotherapeutische Befunderhebung und Diagnosestellung, die Formulierung von Therapiezielen, die Planung und Durchführung evidenzbasierter Interventionen sowie deren kontinuierliche Evaluation und Reflexion. Durch diesen systematischen Prozess wird eine qualitätsgesicherte, patientenzentrierte und zielorientierte Versorgung gewährleistet. Darüber hinaus sind Physiotherapeutinnen und -therapeuten gemäß § 19 Abs. 2 Z 2 MTDG an der Durchführung, Auswertung und Evaluation von Assessments und Screeningverfahren beteiligt und verfügen über die Kompetenz zur eigenständigen physiotherapeutischen Befundung.

Die Berufsausübung erfolgt, vorbehaltlich der gesetzlichen Bestimmungen des § 20 MTDG, nach allgemeiner ärztlicher oder zahnärztlicher Zuweisung beziehungsweise nach konkreter ärztlicher oder zahnärztlicher Anordnung eigenverantwortlich (§ 21 MTDG). Im Bereich der Gesundheitsförderung sowie der Primär- und Sekundärprävention können Physiotherapeutinnen und -therapeuten innerhalb ihres Berufs- und Kompetenzbereichs sowohl in intramuralen als auch extramuralen Settings eigenverantwortlich und ohne ärztliche Anordnung tätig werden. Durch ihre spezifische Expertise in den Bereichen Bewegung, Funktion, Aktivität und Teilhabe leisten Physiotherapeutinnen und -therapeuten einen wesentlichen Beitrag zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Gesundheitsproblemen sowie zur nachhaltigen Förderung von Gesundheit und Lebensqualität.

1.3. Tätigkeitsvorbehalt physiotherapeutischer Maßnahmen

Die Bewegungstherapie stellt das zentrale therapeutische Instrument der Physiotherapie dar und unterliegt in Österreich dem gesetzlich geregelten Tätigkeitsvorbehalt der Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Als Angehörige eines gesetzlich geregelten Gesundheitsberufs verfügen sie über die fachliche und rechtliche Kompetenz, bewegungstherapeutische Maßnahmen im Rahmen von Prävention, Therapie, Rehabilitation und Gesundheitsförderung eigenverantwortlich durchzuführen.

Darüber hinaus ist die Durchführung von Krankenbehandlungen in Österreich grundsätzlich den gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen vorbehalten. Die Behandlung von Krankheiten, Verletzungen oder gesundheitlichen Funktionsstörungen

² MTD-Gesetz: <https://www.physioaustria.at/mtd-gesetz-2024>

darf ausschließlich durch jene Berufsgruppen erfolgen, die aufgrund entsprechender berufsrechtlicher Regelungen hierzu befugt sind. Personen, die nicht einem gesetzlich geregelten Gesundheitsberuf angehören, ist es insbesondere untersagt, krankheitswertige Störungen zu diagnostizieren oder therapeutische Maßnahmen zur Behandlung solcher Gesundheitsprobleme anzubieten beziehungsweise durchzuführen.

Des Weiteren ist der Vorbehalt der Durchführung berufsspezifischer Tätigkeiten und Methoden in den jeweiligen gesetzlich geregelten Berufsbildern geregelt (siehe § 2 Abs. 2 MTDG: „Tätigkeiten der MTD-Berufe dürfen für den Bereich der Humanmedizin nur von Personen ausgeübt werden, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes hierzu berechtigt sind (Tätigkeitsvorbehalt)“). Die Bewegungstherapie ist als zentrales Element des physiotherapeutischen Berufsbildes gesetzlich der Physiotherapie zugeordnet. Dazu zählen unter anderem die medizinische Trainingstherapie, therapeutische Übungsbehandlungen sowie spezifische bewegungstherapeutische Interventionen zur Behandlung von Erkrankungen, Verletzungen und Funktionsstörungen. Diese Maßnahmen setzen eine umfassende physiotherapeutische Befunderhebung, klinische Entscheidungsfindung sowie die kontinuierliche Evaluierung des Therapieverlaufs voraus und erfordern daher die entsprechende berufliche Qualifikation. Wenn Personen, die nicht gemäß dem jeweiligen Berufsgesetz dazu berechtigt sind, Bewegungstherapie anbieten oder durchführen, machen sie sich nach österreichischer Rechtslage strafbar. Insbesondere begehen sie eine Verwaltungsübertretung (siehe § 57 MTDG). Dies kann von den Bezirksverwaltungsbehörden entsprechend geahndet werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Bewegungstherapie nicht lediglich das Anleiten körperlicher Übungen, sondern eine komplexe, wissenschaftlich fundierte Gesundheitsdienstleistung. Sie basiert auf physiotherapeutischer Diagnostik, Clinical Reasoning und evidenzbasierten Interventionen und stellt eine geschützte Kernkompetenz der Physiotherapie dar.

1.4. Bewegungstherapie als Kernkompetenz der Physiotherapie

Die Bewegungstherapie³ ist ein wissenschaftlich fundiertes therapeutisches Verfahren und bildet einen zentralen Wirkmechanismus der Physiotherapie (Dunleavy & Slowik, 2019). Sie umfasst sämtliche Interventionen, die Bewegung als therapeutisches Mittel einsetzen, um Gesundheit zu fördern, Funktionsstörungen zu behandeln, körperliche

³ Physiopedia: https://langs.physio-pedia.com/de/healing-phases-and-therapeutic-exercise-de/#cite_note-3-1

Leistungsfähigkeit zu verbessern sowie Aktivität, Teilhabe und Lebensqualität zu erhalten oder wiederherzustellen.

Aus physiotherapeutischer Perspektive umfasst Bewegungstherapie alle Maßnahmen, die auf die Entwicklung, Steuerung, Kontrolle und Optimierung von Bewegungen und Bewegungsfähigkeit abzielen. Ihre Wirkungen erstrecken sich über alle Ebenen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und adressieren Körperstrukturen und -funktionen ebenso wie Aktivität, Partizipation und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Ziel ist es, Menschen darin zu unterstützen, ihre individuellen Bewegungsressourcen bestmöglich zu nutzen und eine größtmögliche Selbstständigkeit sowie gesellschaftliche Teilhabe zu erreichen.

Bewegungstherapie umfasst ein breites Spektrum physiotherapeutischer Interventionen. Dazu zählen sowohl direkte therapeutische Techniken („*hands-on*“) als auch aktive, von Patientinnen und Patienten selbst ausgeführte Maßnahmen („*hands-off*“). Sie umfasst zudem die systematische und geplante Anwendung körperlicher Bewegungen, Körperhaltungen und Aktivitäten mit dem Ziel, körperliche Funktionsbeeinträchtigungen zu reduzieren, die körperliche Funktionsfähigkeit wiederherzustellen oder zu verbessern und die Gesundheit sowie das Wohlbefinden zu fördern. Eingeschlossen sind beispielsweise therapeutische Übungen, medizinische Trainingstherapie, gerätegestützte Interventionen sowie zunehmend technologie- und medienunterstützte Therapieformen. Die Auswahl und Dosierung der Maßnahmen erfolgt auf Grundlage der physiotherapeutischen Befunderhebung, des klinischen *Reasonings* sowie aktueller wissenschaftlicher Evidenz.

Innerhalb der Bewegungstherapie stellt die medizinische Trainingstherapie einen spezialisierten Bereich dar. Sie basiert auf den Prinzipien des systematischen körperlichen Trainings und verfolgt das Ziel, spezifische körperliche Fähigkeiten wie Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination, Stabilität oder Belastbarkeit gezielt zu verbessern. Die Trainingsplanung orientiert sich dabei an individuellen Therapiezielen, funktionellen Einschränkungen und krankheitsspezifischen Anforderungen.

Therapeutische Übungen bilden eine weitere zentrale Komponente der Bewegungstherapie (Nicholls, Jachyra, Gibson, Fusco, & Setchell, 2018). Dabei handelt es sich um gezielt ausgewählte und dosierte Bewegungsabläufe oder Übungsprogramme, die auf die Behandlung spezifischer Beschwerden, funktioneller Einschränkungen oder Erkrankungen ausgerichtet sind. Sie werden auf Basis einer physiotherapeutischen Diagnostik individuell angepasst und kontinuierlich evaluiert. Ein wesentliches Merkmal therapeutischer Übungen ist ihre Abgrenzung von allgemeinen Fitness- oder Freizeitaktivitäten. Während allgemeine Übungen primär dem Wohlbefinden, der Gesundheitsförderung, der körperlichen Fitness oder der Freizeitgestaltung dienen,

verfolgen therapeutische Übungen konkrete medizinische und rehabilitative Zielsetzungen. Sie richten sich an Menschen mit Erkrankungen, Verletzungen oder funktionellen Beeinträchtigungen und sind Bestandteil eines strukturierten therapeutischen Prozesses. Therapeutische Übungen unterscheiden sich daher von allgemeinem Training insbesondere durch ihre individuelle Indikationsstellung, zielgerichtete Dosierung, wissenschaftliche Fundierung sowie ihre Einbettung in einen diagnostischen und therapeutischen Gesamtkontext. Sie basieren auf fundierten Kenntnissen der Physiologie, Pathophysiologie, Biomechanik und Bewegungswissenschaften und werden gezielt eingesetzt, um funktionelle Defizite zu behandeln, Beschwerden zu reduzieren und Teilhabe zu fördern.

Bewegungstherapie findet Anwendung über das gesamte Spektrum physiotherapeutischer Versorgung. Sie kommt unter anderem bei Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates, neurologischen Erkrankungen, internistischen und kardiovaskulären Krankheitsbildern, onkologischen Erkrankungen sowie in der Psychiatrie und Psychosomatik zum Einsatz. Die Durchführung kann sowohl im Einzelsetting als auch in Gruppen erfolgen und verfolgt stets das Ziel, den Gesundheitszustand nachhaltig zu verbessern, Folgeerkrankungen vorzubeugen und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Damit ist Bewegungstherapie weit mehr als die Durchführung von Übungen. Sie stellt eine evidenzbasierte, therapeutische Intervention dar, die auf physiotherapeutischer Diagnostik, klinischer Entscheidungsfindung und individueller Behandlungsplanung beruht und eine zentrale Kernkompetenz des physiotherapeutischen Berufsbildes darstellt. Die Bewegungstherapie ist ein übergeordneter Begriff, der alle therapeutischen Maßnahmen umfasst, die Bewegung nutzen, um die Gesundheit zu fördern, Funktionsstörungen zu behandeln und die Mobilität wiederherzustellen.

1.5. Begriffliche Abgrenzungen

Im englischsprachigen Fachbereich wird für Bewegungstherapie häufig der Begriff *therapeutic exercise* verwendet. Eine eindeutige Übersetzung ins Deutsche ist jedoch nur eingeschränkt möglich, da *therapeutic exercise* je nach Kontext beispielsweise als „therapeutische Übungen“, „therapeutisches Training“ oder „physiotherapeutisches Training“ bezeichnet wird. Diese unterschiedlichen Übersetzungen können den Eindruck erwecken, dass es sich um voneinander abgrenzbare therapeutische Maßnahmen handelt. All diese Begriffe sind jedoch der Bewegungstherapie zuzuordnen.

Im Rahmen dieser Arbeit werden diese unterschiedlichen Begrifflichkeiten unter dem übergeordneten Begriff Bewegungstherapie zusammengefasst. Gemeint ist dabei die ausschließlich durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten durchgeführte

therapeutische Anwendung von Bewegung. Die unterschiedlichen Bezeichnungen, die insbesondere in der englischsprachigen Literatur verwendet werden, werden somit als unterschiedliche terminologische Beschreibungen von Maßnahmen verstanden, die dem Bereich der Bewegungstherapie zuzuordnen sind. Für die weitere Arbeit wird daher einheitlich der Begriff Bewegungstherapie verwendet, auch wenn in den herangezogenen Quellen unterschiedliche englische oder deutsche Bezeichnungen vorkommen. Dies gilt insbesondere für die medizinische Trainingstherapie, therapeutische Übungen sowie weitere bewegungsbezogene Interventionen. Wo es für die Darstellung der Studienlage erforderlich ist, werden spezifische Formen der Bewegungstherapie (z. B. Kraft-, Gleichgewichts- oder Gangtraining) ergänzend benannt.

Mit dieser begrifflichen Klärung ist die Grundlage geschaffen, um sich der eigentlichen Fragestellung dieser Studie zuzuwenden: Welchen Beitrag leistet Physiotherapie zur Gesundheit der österreichischen Bevölkerung, und wie lässt sich dieser Beitrag greifbar machen?

Die vorliegende Studie geht dieser Frage in drei aufeinander aufbauenden Schritten nach. In einem ersten Schritt wird in Kapitel 2 der statistische und demografische Status quo der Physiotherapie in Österreich dargestellt. Dazu werden Angebot und Nachfrage physiotherapeutischer Leistungen, der Personalbestand und dessen Prognose, die Situation am Arbeitsmarkt sowie die Krankheitslast in der österreichischen Bevölkerung beleuchtet. Dieses Kapitel aktualisiert zugleich die entsprechenden Kennzahlen der Vorgängerstudie von Economica (2024) und bildet damit die quantitative Ausgangsbasis für die weitere Analyse.

Darauf aufbauend widmet sich Kapitel 3 der systematischen Auswertung nationaler und internationaler wissenschaftlicher Evidenz zu den Wirkungsfeldern der Physiotherapie. Als konzeptioneller Rahmen dient dabei das Modell der Determinanten der Gesundheit nach Dahlgren und Whitehead (1991), das Gesundheit als Ergebnis mehrerer ineinandergreifender Ebenen begreift – von demografisch-biologischen Faktoren über individuelle Lebensweisen und soziale Netzwerke bis hin zu Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie den allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und physischen Rahmenbedingungen. Für jede dieser fünf Ebenen werden auf Basis der recherchierten Literatur Thesen zur Wirkung der Physiotherapie formuliert und hinsichtlich ihres Evidenzgrades bewertet, ergänzt – soweit verfügbar – um Angaben zur betroffenen Zielgruppe bzw. Prävalenz in Österreich. Abschließend übersetzt Kapitel 4 ausgewählte Wirkmechanismen anhand konkreter Lebensverläufe (Personae) in Hochrechnungen vermeidbarer Kosten für Österreich.

Auf diese Weise entsteht ein möglichst gesamtheitliches und zugleich differenziertes Bild der Relevanz der Physiotherapie in Österreich



2.

2 Statistischer und demografischer Status quo Österreich

Als Ausgangslage der im Rahmen dieser Studie breit angelegten Evidenzanalyse entlang der fünf Ebenen der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead zur Ermittlung des Nutzens der Physiotherapie über alle Ebenen hinweg dient der statistische und demografische Status quo in Österreich.

Dieser gibt Aufschluss über die Grundlage bzw. Ausgangsposition der Physiotherapie in Österreich und hilft in weiterer Folge bei der Einschätzung der Relevanz der Physiotherapie, indem der Nutzen den Vergleichsgrößen gegenübergestellt wird.

In diesem Kapitel werden daher folgende Themenbereiche näher beleuchtet:

- Angebots- und Nachfrageseite
- Personalbestand und Personalprognose
- Arbeitsmarkt und Ausbildung
- Erkrankungshäufigkeit

Dieses Kapitel stellt zudem ein Update der Zahlen aus der Vorgängerstudie von Economica dar (Economica, 2024).

2.1. Angebotsseite

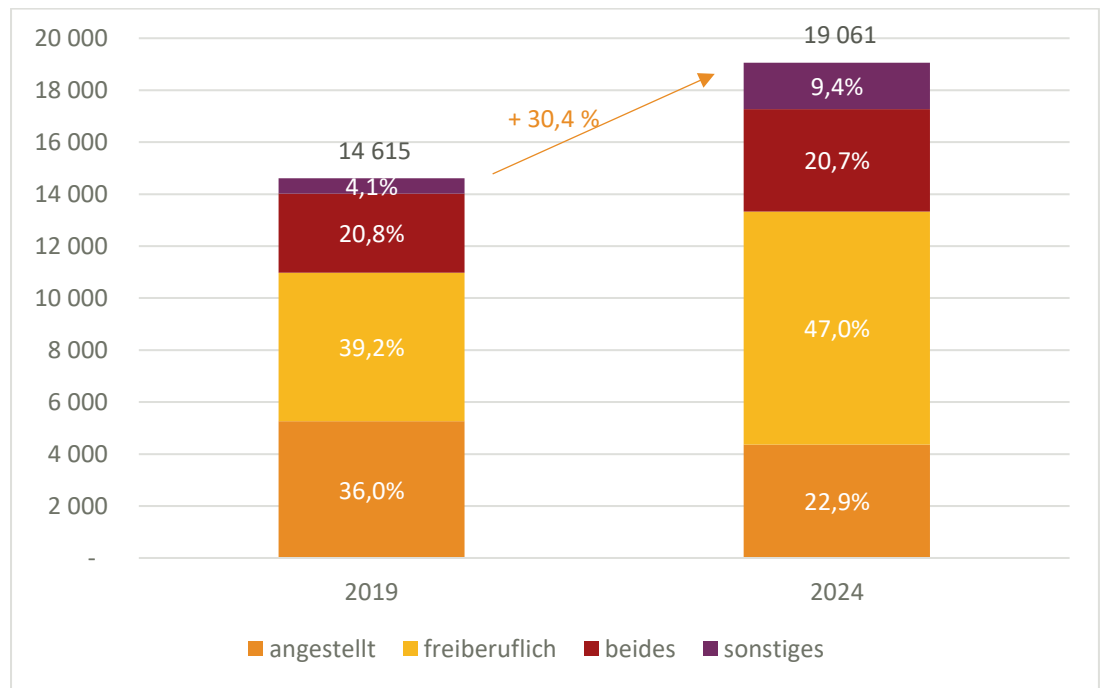
2.1.1. Anzahl Registrierungen nach Geschlecht und Alter

Laut Gesundheitsberuferegister waren im Jahr 2024 19.061 Personen als Physiotherapeutinnen und -therapeuten registriert (Gesundheit Österreich GmbH, 2025). Von den 19.061 registrierten Personen gaben 4.359 (22,9 %) Personen an, angestellt, 8.966 (47,0 %) freiberuflich und 3.948 (20,7 %) sowohl angestellt als auch freiberuflich (= in beiden Arten der Berufsausübung und in einem davon überwiegend) tätig zu sein. 1.788 (9,4 %) Personen sind weder als angestellt noch als freiberuflich gemeldet und finden sich in der Kategorie „Sonstiges“ wieder (siehe Abbildung 1). Diese Personen können z. B. nach der Ausbildung noch nicht beschäftigt, arbeitssuchend, ehrenamtlich tätig, in einem anderen Beruf tätig, in Pension sein oder es wurde nach der Erstregistrierung noch keine Änderungsmeldung betreffend die Art der Berufsausübung seitens der Berufsangehörigen veranlasst. Bei letzteren Fällen erfolgt keine automatische Meldung über die Arbeitsaufnahme an die Registrierungsbehörden.

Die Anzahl der Registrierungen in der Physiotherapie nahm seit 2019 von ehemals 14.615 Personen um 30,4 % zu (Gesundheit Österreich GmbH, 2020). Die relative Bedeutung der jeweiligen Berufssettings hat sich jedoch seitdem verändert – während Selbstständigkeit zunahm (die Mehrheit sind Wahltherapeutinnen und -therapeuten), ist der Anteil der angestellten Physiotherapeutinnen und -therapeuten rückläufig.



2024

Abbildung 1: Anzahl an Physiotherapeutinnen und -therapeuten, 2019 vs.

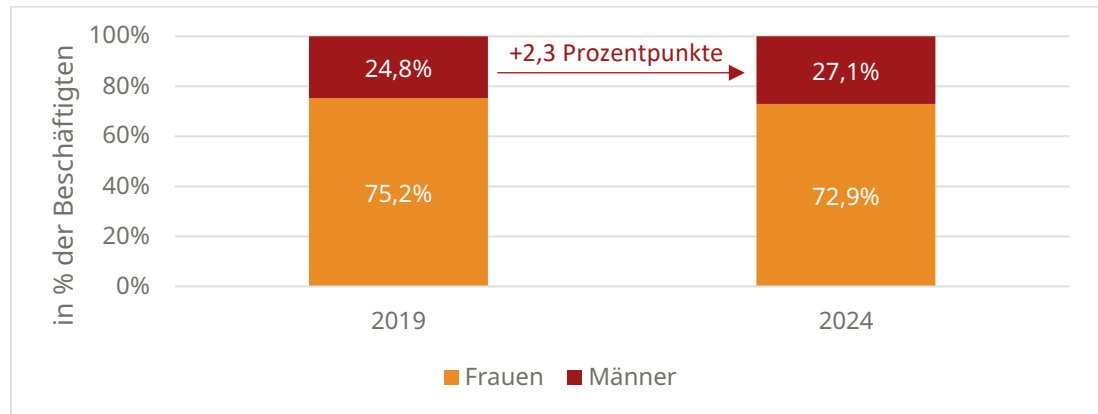
Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Gesundheitsberuferegister 2019-2024

Im Jahr 2024 waren 72,9 % der Berufsangehörigen der Physiotherapie weiblich – somit ist der Anteil der Frauen in der Physiotherapie deutlich höher als jener der Männer (13.894 Frauen, 5.167 Männer). Der Anteil der Männer in der Physiotherapie ist jedoch mit 27,1 % je nach Beruf drei- bis siebenmal höher als in den anderen gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufen (MTD). Beispielsweise liegt der Männer-Anteil sowohl in der Diätologie, in der Logopädie als auch in der Orthoptik bei 4 %.

Der Frauenanteil ist zudem seit 2019 rückläufig (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2: Geschlechterverteilung der Physiotherapeutinnen und -therapeuten, 2019 vs. 2024

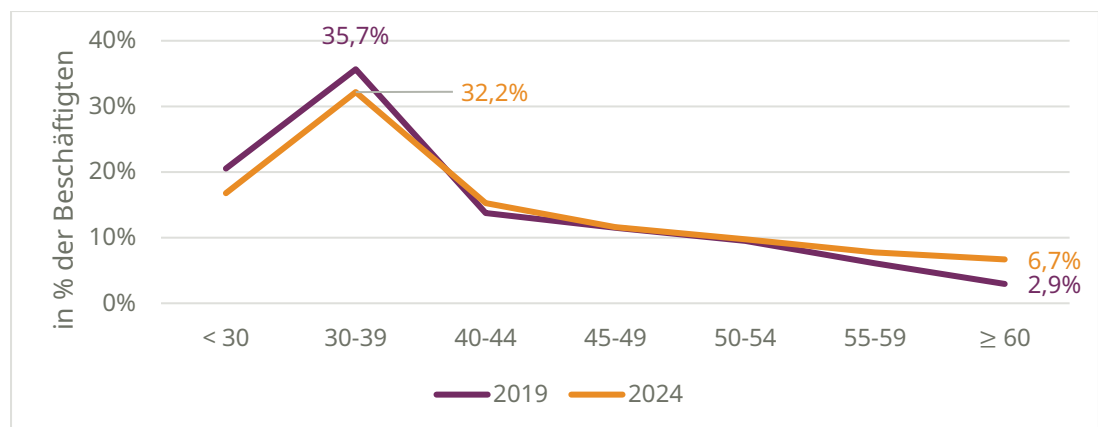


Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Gesundheitsberuferegister 2019-2024

Knapp ein Drittel der Berufsangehörigen der Physiotherapie ist zwischen 30 und 39 Jahren alt und etwa die Hälfte der Physiotherapeutinnen und -therapeuten ist 39 Jahre alt oder jünger. Zwischen den Berufsgruppen der MTD zeigen sich hier aber Unterschiede. So weist beispielsweise die Physiotherapie mit rund 76 % einen deutlich höheren Anteil an unter 50-Jährigen auf als die Biomedizinische Analytik mit 66 % der Berufsangehörigen. Im Vergleich zum Jahr 2019 zeigt sich eine Rechtsverschiebung der Altersverteilung, d. h. Berufsangehörige der Physiotherapie werden im Durchschnitt etwas älter (siehe Abbildung 3).



Abbildung 3: Altersverteilung der Physiotherapeutinnen und -therapeuten, 2019 vs. 2024



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Gesundheitsberuferegister 2019-2024

2.1.2. Setting der Berufsausübung & Versorgungsdichte

Die Zuordnung zu den Settings zum Stichtag 31. Dezember 2024 beruht auf den Selbstangaben der registrierten angestellten Berufsangehörigen. Es handelt sich bei dieser Angabe um eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Registrierung oder bei einer Änderungsmeldung. Für 8.263 der angestellt oder überwiegend angestellt tätigen Berufsangehörigen der Physiotherapie liegen im Register Angaben zu mindestens einem Setting der Berufsausübung vor. Zu den häufigsten Einsatzgebieten der angestellten Physiotherapeutinnen und -therapeuten zählen hauptsächlich Krankenanstalten (46,2 %), gefolgt von Kuranstalten/Rehabilitationszentren (22,0 %) und Ambulatorien (17,7 %) (siehe Tabelle 1).



Tabelle 1: Setting der Berufsausübung (Angestellte), 2024

Ausgewertete n = 8.263

Setting	Anteil
Krankenanstalten	46,2 %
Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen	22,0 %
Ambulatorien	17,7 %
Angestellt bei Angehörigen freiberuflich tätig / niedergelassener Physiotherapeutinnen und -therapeuten	8,1 %
Stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	5,6 %
Industrie und ähnliche Einrichtungen	5,0 %
Mobile Dienste	3,5 %
Ausbildungseinrichtungen	2,8 %
Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung	2,7 %
Ärztin/Arzt (Arztpraxen)	2,1 %
Andere Settings	2,0 %

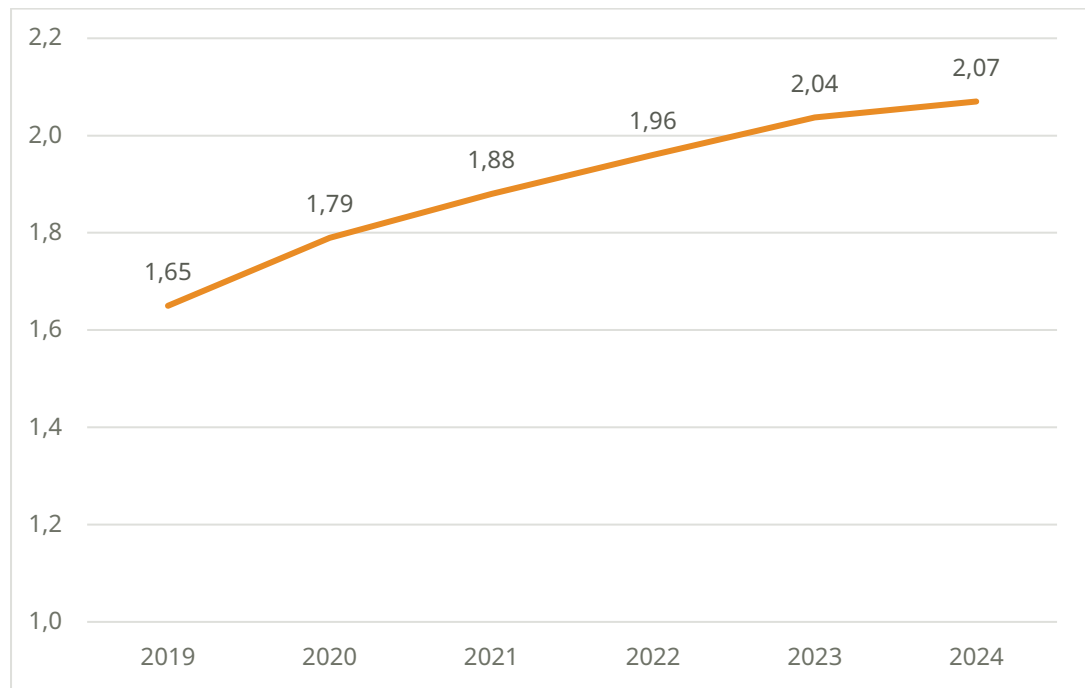
Anm.: Mehrfachzuordnungen möglich

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Gesundheitsberuferegister 2019-2024

Die Versorgungsdichte beschreibt die Zahl der Physiotherapeutinnen und -therapeuten, die es pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner gibt. Für Österreich insgesamt zeigt sich ein Anstieg dieser Zahl von 1,65 (2019) auf 2,07 (2024). Die Zahl der Therapeutinnen und Therapeuten steigt damit schneller, als die Bevölkerung wächst (siehe Abbildung 4).



Abbildung 4: Versorgungsdichte mit Physiotherapie in Österreich, 2019–2024



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Statistik Austria, Economica.

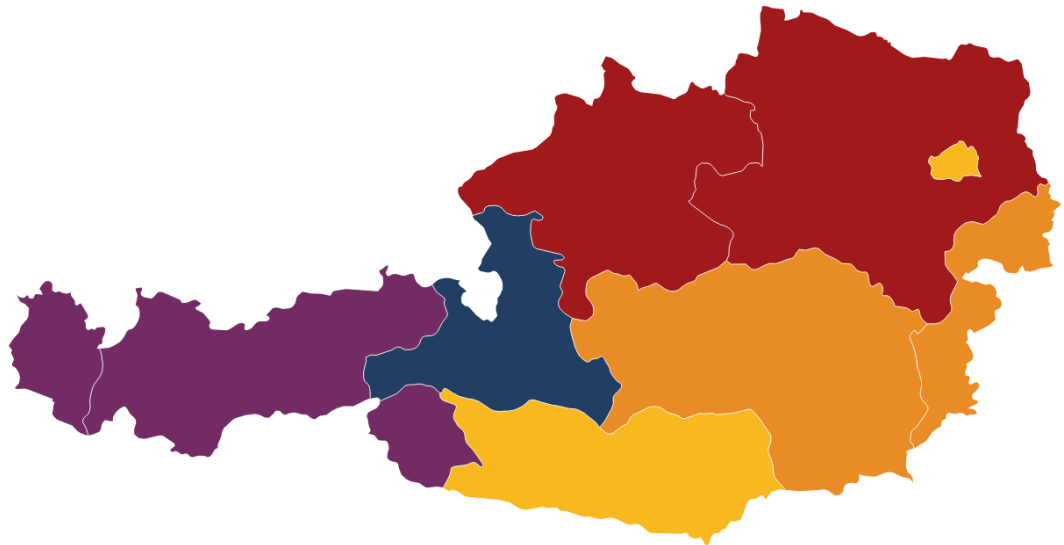
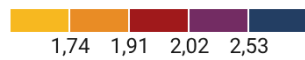
Separat nach Bundesland betrachtet, ist ein West-Ost-Gefälle zu erkennen. Insbesondere Tirol (2,52) und Salzburg (3,03) weisen hier eine gute Versorgung auf (siehe Abbildung 5). Dies könnte einerseits durch die Nähe zu Deutschland begründet sein (viele Physiotherapeutinnen und -therapeuten haben ihre Erstausbildung in Deutschland absolviert), andererseits weisen diese beiden Bundesländer eine Affinität zum Spitzen- und Freizeitsport (Bergsport, Wintersport) auf.

Besonders erwähnenswert ist, dass die Versorgungsdichte in der Physiotherapie im Vergleich zu den anderen MTD-Berufsgruppen deutlich höher ausfällt.

Anzumerken ist zudem, dass Wien zwar in absoluten Zahlen die höchste Zahl an Registrierungen aufweist, bei der Versorgungsdichte pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner bildet Wien hingegen das Schlusslicht.



2024

Abbildung 5: Versorgungsdichte mit Physiotherapie nach Bundesländern, 2024**Versorgungsdichte nach Bundesländern, pro 1.000 EW, 2024**

Erstellt mit Datawrapper

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Gesundheitsberuferegister 2019-2024**2.1.3. Therapieeinheiten, Anzahl Patientinnen und Patienten & Kapazitäten**

Ein Fragebogen der Gesundheit Österreich GmbH aus dem Jahre 2024 beleuchtete die physiotherapeutische Versorgung Österreichs, insbesondere jene durch Wahlphysiotherapeutinnen und -therapeuten (Gesundheit Österreich GmbH, 2024).

Bei der Frage, wie viele Therapiestunden durchschnittlich in der Woche geleistet werden, gab ein Drittel an, zwischen 21 und 30 Einheiten pro Woche durchzuführen. Durchschnittlich absolvierten die Befragten 27,4 Therapieeinheiten in der Woche – mit einem Median von 25 Einheiten (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2: Therapieeinheiten pro Woche, 2024**

Ausgewertete n = 1.297

Therapieeinheiten	Anteil
≤ 10 Einheiten	14,3 %
11-20 Einheiten	22,4 %
21-30 Einheiten	33,0 %
31-40 Einheiten	18,2 %
≥ 40 Einheiten	12,1 %
Mittelwert/ Median: 27,4/ 25,0 Einheiten	

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Versorgungswirksamkeit Physiotherapie 2024

Eine Einschätzung der jährlichen Therapieeinheiten ergab, dass durchschnittlich 1.130,5 Therapieeinheiten im Jahr geleistet werden, im Median genau 1.000 Einheiten. Ein Drittel der Befragten ist in diesem Umfang tätig, jeweils etwa ein Viertel leistet bis zu 500 Einheiten bzw. bis zu 1.500 Einheiten pro Jahr (siehe Tabelle 3). Es ist aus den Daten nicht ableitbar, wie lange diese Therapieeinheiten dauern.

**Tabelle 3: Therapieeinheiten pro Jahr, 2024**

Ausgewertete n = 1.294

Therapieeinheiten	Anteil
≤ 500 Einheiten (ca. 10 Einheiten/Woche)	23,5 %
≤ 1.000 Einheiten (ca. 20 Einheiten/Woche)	32,9 %
≤ 1.500 Einheiten (ca. 30 Einheiten/Woche)	25,0 %
> 1.500 Einheiten (> 30 Einheiten/Woche)	18,5 %
Mittelwert/ Median: 1.130,5/ 1.000 Einheiten pro Jahr	

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Versorgungswirksamkeit Physiotherapie 2024

Über die Hälfte der Befragten versorgt im Jahr bis zu 125 Patientinnen und Patienten, über ein Viertel versorgt zwischen 126 und 250 Personen pro Jahr. Knapp 8 % versorgen mehr als 500 Patientinnen und Patienten pro Jahr (siehe Tabelle 4).

**Tabelle 4: Patientinnen und Patienten pro Jahr, 2024**

Ausgewertete n = 1.168

Patientinnen und Patienten	Anteil
≤ 125	55,7 %
126-250	27,0 %
251-375	5,9 %
376-500	3,5 %
> 500	7,9 %

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Versorgungswirksamkeit Physiotherapie 2024

Knapp drei Viertel der Befragten haben bis zu 25 % ihrer Patientinnen und Patienten in der Kategorie „Langzeitpatientin bzw. Langzeitpatient“ klassifiziert (siehe Tabelle 5).

**Tabelle 5: Anteil Langzeitpatientinnen und -patienten, 2024**

Ausgewertete n = 1.316

Langzeitpatientinnen und -patienten	Anteil
≤ 25 %	73,3 %
26-50 %	18,2 %
51-75 %	4,0 %
76-99 %	4,3 %
100 %	0,2 %

Anm.: Langzeitpatientin bzw. Langzeitpatient = mehr als 30 Einheiten pro Jahr aufgrund einer gleichbleibenden Diagnose

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Versorgungswirksamkeit Physiotherapie 2024

Bei der Frage nach den verfügbaren Ressourcen gab über die Hälfte der Befragten an, dass sie ein bis fünf Anfragen pro Woche aufgrund fehlender Kapazitäten ablehnen müssten, über 38 % verfügen aber über ausreichende Ressourcen, um keine Anfragen ablehnen zu müssen (siehe Tabelle 6).

**Tabelle 6: Kapazitäten – abgelehnte Anfragen pro Woche, 2024**

Ausgewertete n = 1.462

abgelehnte Anfragen	Anteil
1-5	54,6 %
6-10	5,0 %
> 10	2,3 %
keine	38,1 %

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Versorgungswirksamkeit Physiotherapie 2024

Knapp die Hälfte der Befragten kann innerhalb von zwei bis vier Wochen einen Therapieplatz anbieten, in 22,7 % der Fälle ist ein Platz innerhalb einer Woche möglich, bei 22,3 % innerhalb von vier bis acht Wochen. Knapp 5 % können erst in bis zu sechs Monaten einen Therapieplatz anbieten und 0,6 % erst nach über sechs Monaten (siehe Tabelle 7). Es ist nicht plausibel, dass eine Wartezeit von sechs Monaten oder länger tatsächlich stattfindet, wahrscheinlicher ist, dass sich Patientinnen und Patienten dann an andere Therapeutinnen und Therapeuten wenden.

**Tabelle 7: Kapazitäten – durchschnittliche Wartezeit auf Therapieplatz, 2024**

Ausgewertete n = 1.330

Wartezeit	Anteil
≤ 1 Woche	22,7 %
2-4 Wochen	49,5 %
4-8 Wochen	22,3 %
≤ 6 Monate	4,9 %
> 6 Monate	0,6 %

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Versorgungswirksamkeit Physiotherapie 2024

2.1.4. Alterszielgruppen & Fachgebiete

Ergänzend zu den offiziellen Stellen der Physio Austria sowie des Gesundheitsberuferegisters (GBR) bietet die Plattform physiotherapie.at einen Einblick in die Alters-Zielgruppen sowie Fachgebiete der Therapeutinnen und Therapeuten in Österreich. Auf der Plattform registrieren sich qualifizierte Physiotherapeutinnen und -

therapeuten (Wahl- und Kassentherapeutinnen und -therapeuten) aus ganz Österreich, um ihre Dienstleistungen, Praxisstandorte, Fachgebiete und Kontaktdaten für Patientinnen und Patienten sichtbar zu machen.

Je ein Drittel der Physiotherapeutinnen und -therapeuten therapiert Jugendliche, Erwachsene und/oder ältere Menschen (siehe Tabelle 8).



Tabelle 8: Alters-Zielgruppen, 2026

Ausgewertete n = 1.998

Alters-Zielgruppen	Anteil
Frühgeborene	4,1 %
Säuglinge	6,1 %
Kleinkinder	8,3 %
Kinder	19,8 %
Jugendliche	32,6 %
Erwachsene	37,5 %
Ältere Menschen	34,9 %
Hochbetagte	16,7 %

Anm.: Mehrfachzuordnungen möglich

Quelle: physiotherapie.at

Ein Großteil der Physiotherapeutinnen und -therapeuten ist dabei in diesen Fachgebieten tätig: Orthopädie, post-operative Behandlungen, Sportphysiotherapie, Wirbelsäulen-Erkrankungen, Unfallchirurgie, Neurologie und Rehabilitation (siehe Tabelle 9).



Tabelle 9: Fachgebiete, 2026

Ausgewertete n = 1.998

Fachgebiet	Anteil
Orthopädie	29,6 %
Post-operative Behandlungen	13,0 %
Sportphysiotherapie	11,0 %
Wirbelsäulen-Erkrankungen	10,5 %
Unfallchirurgie	9,4 %
Neurologie	9,4 %
Rehabilitation	9,0 %

Beckenboden-Training	7,5 %
Sport-Verletzungen	7,1 %
Schmerztherapie	7,1 %
Prävention	6,6 %
Heilgymnastik	6,5 %
Gelenkserkrankungen	5,5 %
Geriatrie	5,2 %
Pädiatrie	4,7 %
Atemarbeit / Atemtherapie	3,9 %
Gesundheitsförderung	3,8 %
Stress / Entspannung	3,2 %
Schwangerschaft	3,0 %
Skoliosebehandlung (nach Schroth)	2,5 %
Kopf-Kiefer-Nacken	2,3 %

Anm.: Mehrfachzuordnungen möglich
Quelle: physiotherapie.at

2.2. Nachfrageseite

Kapitel 2.1 hat gezeigt, dass das Angebot an physiotherapeutischen Leistungen binnen fünf Jahren um rund 30 % gewachsen und die Versorgungsdichte spürbar gestiegen ist. Dem Angebot steht jedoch immer auch die Nachfrage gegenüber.

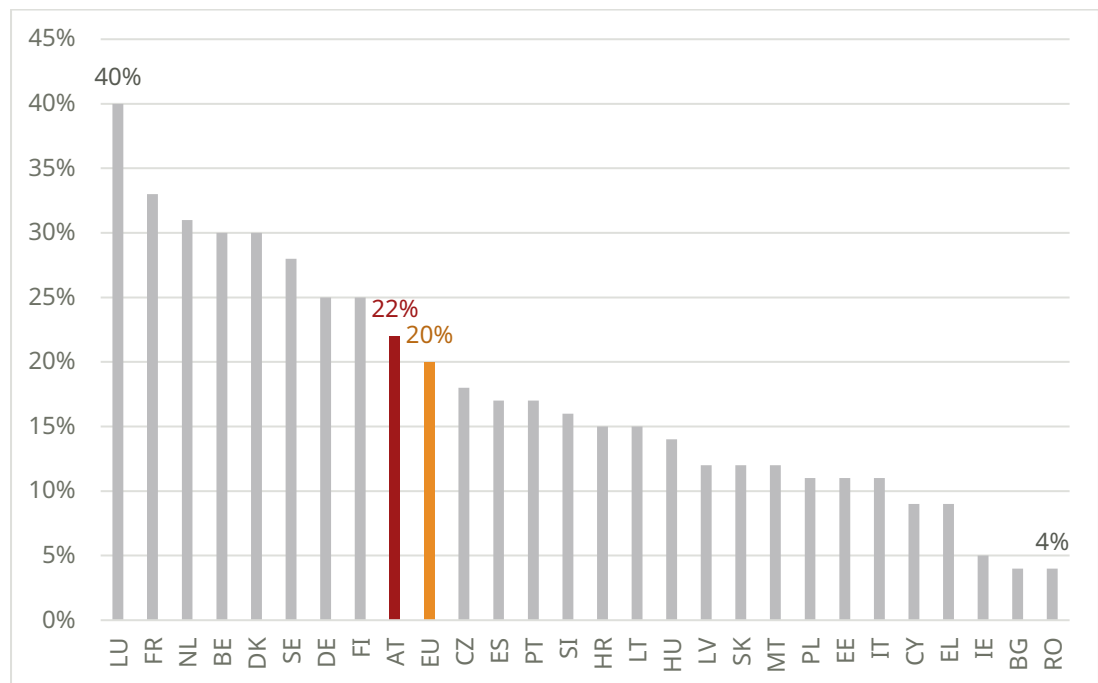
2.2.1. Inanspruchnahme Physiotherapie

Im vorliegenden Kapitel wird als Größenordnung für die Nachfrage die Inanspruchnahme von Physiotherapie näher beleuchtet – aufgrund der Datenlage allerdings nicht der tatsächliche Bedarf nach Physiotherapie. Der Bedarf wird meist anhand von Makro-Kennzahlen, z. B. demografischen Faktoren wie dem Anteil älterer Menschen in einer Bevölkerung (siehe hierzu die Personalbedarfsprognose der Gesundheit Österreich GmbH und der Arbeiterkammer Wien in Kapitel 2.4) oder der Prävalenz chronischer Erkrankungen (siehe hierzu Krankheitslast in Kapitel 2.6) – beides Indikatoren für den zukünftigen Bedarf, oder anhand von Mikro-Kennzahlen, wie der Auslastung der Therapeutinnen und Therapeuten (Capacity Utilization Raten) oder Wartelistenlängen, gemessen. Die Personalbedarfsprognose der Gesundheit Österreich GmbH und der Arbeiterkammer Wien in Kapitel 2.4 kombiniert darüber hinaus sowohl Angebots-, Nachfrage- als auch bedarfsbasierte Modelle, die versuchen, die Lücken zwischen dem Bedarf und den angebotenen Leistungen bzw. der Inanspruchnahme zu schließen.

Die europäische Gesundheitsbefragung gibt Aufschluss über die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen in der EU und weiteren europäischen Ländern (Eurostat, 2022; BMSGPK, Österreichischer Gesundheitsbericht 2022, 2023). Im europäischen Vergleich zeigt sich für das Jahr 2019, dass in den Benelux-Staaten und Frankreich der Anteil der ab 15-jährigen, die in den letzten zwölf Monaten physiotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben, am höchsten ist, gefolgt von den skandinavischen Ländern, Deutschland und Österreich. Rumänien, Bulgarien, Irland, Griechenland und Zypern bilden hingegen das Schlusslicht. Österreich liegt bei der Inanspruchnahme niedergelassener Physiotherapeutinnen und -therapeuten mit rund 22 % leicht über dem europäischen Durchschnitt von 20 % (EU-Bandbreite: 4–40 %; siehe Abbildung 6).



Abbildung 6: Inanspruchnahme von Physiotherapie im EU-Vergleich, 2019



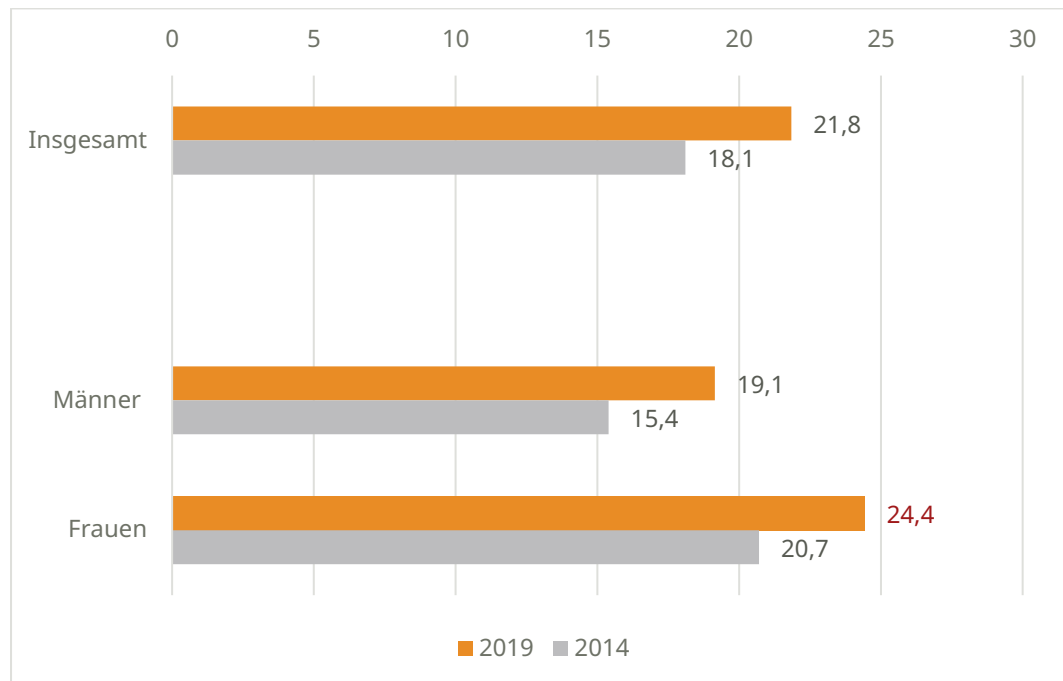
Quelle: Eurostat, European Health Interview Survey 2019 [hlth_ehis_am6e]; BMSGPK, Österreichischer Gesundheitsbericht 2022

Die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragungen 2014 und 2019 (Statistik Austria, 2020; Statistik Austria, 2015; Statistik Austria, 2025) hinsichtlich der Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen nach soziodemografischen Faktoren zeigen, dass der Anteil aller Bevölkerungsgruppen insgesamt, der sich im Laufe eines Jahres durch eine Physiotherapeutin oder einen Physiotherapeuten hat beraten, untersuchen oder behandeln lassen, von 18,1 auf 21,8 % gestiegen ist (siehe Abbildung 7.

Für das Jahr 2019 entspricht dies rund 1,62 Mio. Personen. Frauen nehmen dabei häufiger physiotherapeutische Leistungen in Anspruch als Männer (2019: 24,4 vs. 19,1 %).



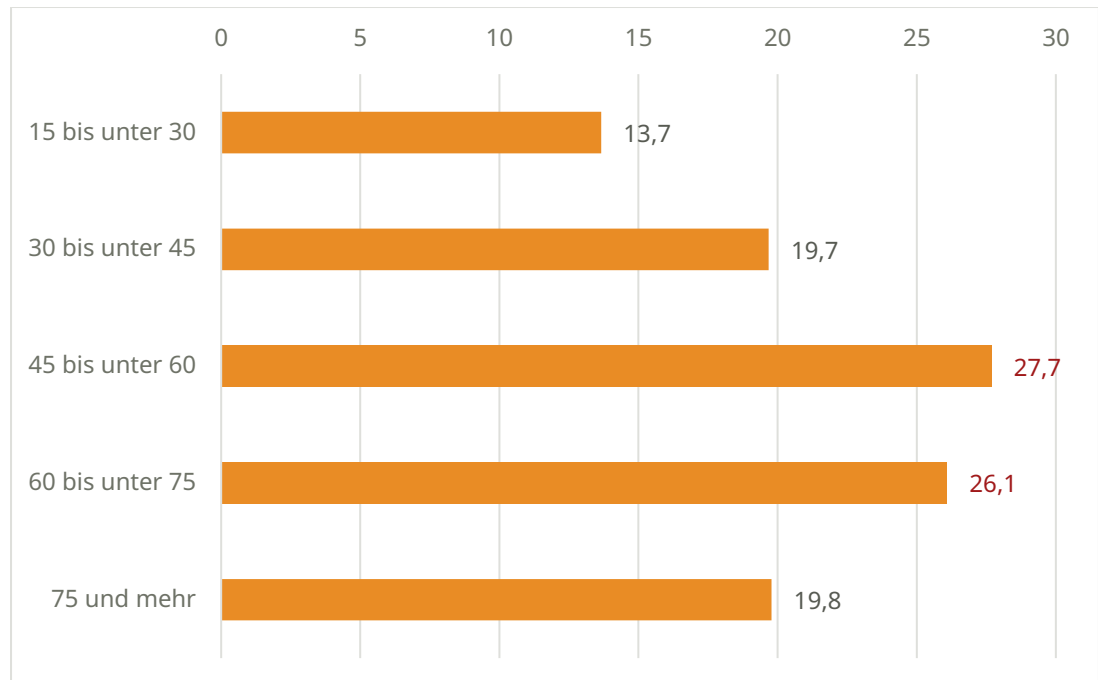
Abbildung 7: Inanspruchnahme von Physiotherapie nach Geschlecht, 2014 vs. 2019



Anm.: in % der Bevölkerung

Quelle: Statistik Austria, ATHIS 2014, ATHIS 2019

Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen steigt zudem bei beiden Geschlechtern ab einem Alter von 30 Jahren deutlich an. Im Alter von 45 bis 60 Jahren ist die Inanspruchnahme mit 27,7 % am höchsten, gefolgt von der Alterskohorte der 60- bis 75-Jährigen mit 26,1 % (siehe Abbildung 8). In Anbetracht der demografischen Prognosen und des zunehmenden Alters der Bevölkerung ist somit auch in Zukunft nicht mit einem Rückgang der Nachfrage nach Physiotherapie zu rechnen.

**Abbildung 8: Inanspruchnahme von Physiotherapie nach Alter, 2019**

Anm.: in % der Bevölkerung

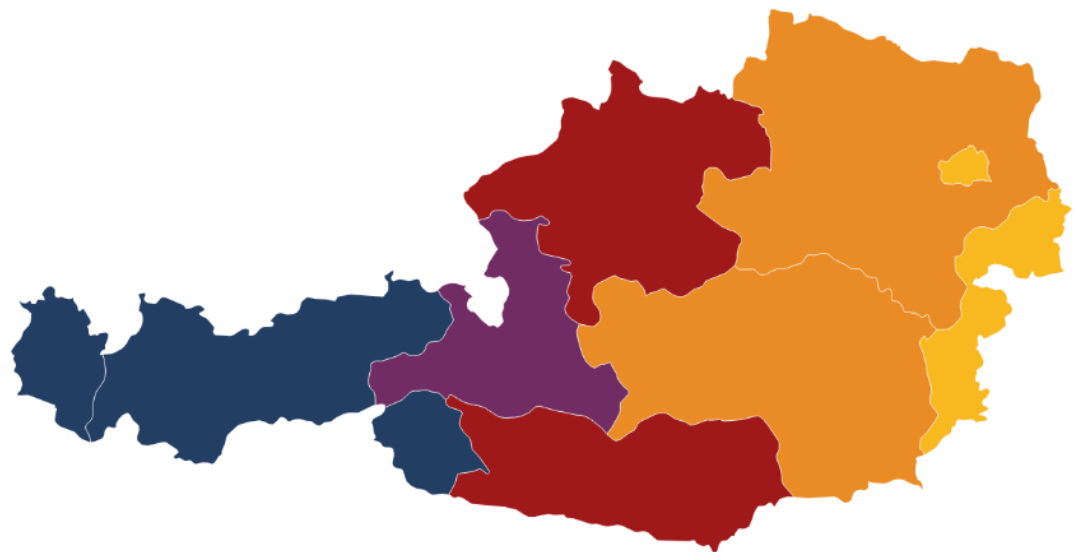
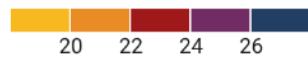
Quelle: Statistik Austria, ATHIS 2019

Ähnlich wie bei der Versorgungsdichte (Angebotsseite – siehe Abbildung 5) zeigt sich auch bei der Nachfrage ein West-Ost-Gefälle. Tirol und Vorarlberg (jeweils 26,1 %), gefolgt von Salzburg (24,4 %), nehmen vermehrt Physiotherapie in Anspruch (siehe Abbildung 9). Da der Westen demografisch jünger als der Osten ist, lässt sich die hohe Nachfrage vermutlich auf das hohe Angebot sowie auf die Affinität zum Sport zurückführen. Im Burgenland sowie in Wien ist die Inanspruchnahme am geringsten (18,3 bzw. 18,9 %).



Abbildung 9: Inanspruchnahme von Physiotherapie nach Bundesland, 2019

Inanspruchnahme Physiotherapie nach Bundesland, in % der Bevölkerung, 2019



Created with Datawrapper

Anm.: in % der Bevölkerung
Quelle: Statistik Austria, ATHIS 2019

2.2.2. Physiotherapie in Krankenanstalten

Die Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten enthält auf Bundeslandebene Daten und Kennzahlen über alle Krankenhäuser, die über die Landesgesundheitsfonds finanziert werden (BMSGPK, 2025; BMSGPK, 2026). Die Erhebung umfasst Daten der Krankenanstalten-Kostenrechnung, der Krankenanstalten-Statistik und der Diagnosen- und Leistungsberichte (stationär und ambulant).

Tabelle 10 stellt die bei Aufenthalten / Besuchen in Krankenanstalten erbrachte Anzahl von konservativen medizinischen Leistungen gegliedert nach Leistungsgruppen dar. Welchen Anteil nehmen Physiotherapien an allen im Jahr 2024 in Krankenanstalten erbrachten konservativen medizinischen Leistungen ein? Mit 467.830 erbrachten Leistungen nehmen „18.03 Physiotherapie und Physikalische Therapien“ Rang 2 (hinter „12.01 Computertomografie“ mit 711.460 erbrachten Leistungen) von insgesamt 44 Plätzen bei

stationären Aufenthalten im Jahr 2024 und mit 1.006.815 erbrachten Leistungen Rang 9 von 54 bei ambulanten Aufenthalten ein.



Tabelle 10: Platzierung Physiotherapie – konservative medizinische Leistungen in Krankenanstalten, 2024

Konservative medizinische Leistungen 2024	Rang
18.03 Physiotherapie und Physikalische Therapien	
stationär	2 von 44
spitalsambulant	9 von 54

Quelle: BMSGPK, Krankenanstalten 2024

Tabelle 11 enthält die für Aufenthalte bzw. Besuche in Krankenanstalten auf Basis der Grunddaten der Diagnosen- und Leistungsberichte errechneten LKF-Kennzahlen⁴, gegliedert nach LDF-Gruppen (leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen). Ergo-, Physio- und logopädische Therapie sind auch bei den ambulanten Krankenanstalten-Besuchen im Jahr 2024 weit oben und belegen mit 482.251 Besuchen Platz 7 (Einzeltherapie) bzw. mit 29.169 Besuchen Platz 44 (Gruppentherapie) von 283.



Tabelle 11: Platzierung Physiotherapie – ambulante KA-Aufenthalte und Besuche, 2024

Aufenthalte und Besuche LDF ambulant 2024	Rang
APG18.01 Ergotherapie/ Physiotherapie (einzel)	7
APG18.10 Ergotherapie/ Physiotherapie /logopäd.-phoniatr. Therapie (Gruppe)	44
	von 283

Anm.: KA = Krankenanstalten, LDF = leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen

Quelle: BMSGPK, Krankenanstalten 2024

⁴ Österreichisches System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) zur Abrechnung stationärer Krankenhausaufenthalte

2.2.3. Stationäre Gesundheitsversorgung

Auf Basis der Diagnosen- und Leistungsberichte, die von den Krankenanstalten nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) erstellt werden (siehe 2.2.2), beschreibt die Spitalsentlassungsstatistik die stationäre Gesundheitsversorgung (Krankenhausaufenthalte) in Österreich (Statistik Austria, 2026). Die Statistik enthält aufenthalts- und patientinnen- und patientenbezogene Informationen zu Krankenhausaufenthalten sowie zu stationär erbrachten medizinischen Leistungen (operative Eingriffe, nichtoperative Behandlungen und Untersuchungen).

Physio- und physikalische Therapien machen im Jahr 2024 zusammen 12,0 % der gesamten Leistungen der stationären Krankenhaus-Aufenthalte, 22,9 % der Entlassungen und 39,1 % der Belagstage aus (siehe Tabelle 12). Frauen nehmen dabei etwas häufiger Physiotherapie in Krankenhäusern in Anspruch als Männer. Der Frauenanteil ist jedoch im Vergleich zur Quote auf der Angebotsseite geringer.

 **Tabelle 12: Medizinische Leistungen und Spitalsentlassungen nach Geschlecht, 2024**

18.03 Physiotherapie und Physikalische Therapien	Entlassungen	Belagstage	Leistungen
Anteil an allen Leistungen	22,9 %	39,1 %	12,0 %
Männer	20,8 %	38,3 %	10,4 %
Frauen	24,9 %	39,9 %	13,6 %
Anstieg 2009-2024	11,7 %	1,9 %	11,5 %
Anstieg 2023-2024	3,4 %	0,9 %	3,4 %

Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsversorgung stationär 2024

Ein Viertel der Physiotherapie in Krankenhäusern wird in Wien in Anspruch genommen, gefolgt von einem Fünftel in Oberösterreich (siehe Tabelle 13). Das Burgenland und Vorarlberg bilden hingegen das Schlusslicht.



Tabelle 13: Medizinische Leistungen und Spitalsentlassungen nach Bundesland, 2024

18.03 Physiotherapie und Physikalische Therapien	Entlassungen	Belagstage	Leistungen
Burgenland	2,4 %	2,5 %	2,4 %
Kärnten	7,3 %	7,6 %	7,3 %
Niederösterreich	12,9 %	14,3 %	12,9 %
Oberösterreich	19,6 %	19,0 %	19,6 %
Salzburg	7,6 %	7,6 %	7,6 %
Steiermark	15,0 %	14,3 %	15,0 %
Tirol	7,3 %	7,3 %	7,3 %
Vorarlberg	3,8 %	3,2 %	3,8 %
Wien	24,2 %	24,2 %	24,2 %

Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsversorgung stationär 2024

Mit Abstand am häufigsten wird Physiotherapie in Krankenhäusern bei der Akutversorgung eingesetzt, gefolgt von Rehabilitation. Physiotherapie für Prävention und Langzeitversorgung wird allerdings kaum in Krankenhäusern eingesetzt (siehe Tabelle 14).



Tabelle 14: Medizinische Leistungen und Spitalsentlassungen nach Versorgungskategorie, 2024

18.03 Physiotherapie und Physikalische Therapien	Entlassungen	Belagstage	Leistungen
Akutversorgung	95,9 %	91,8 %	95,9 %
Genesung/Prävention	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Langzeitversorgung	0,0 %	0,1 %	0,0 %
Rehabilitation	4,1 %	8,1 %	4,1 %

Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsversorgung stationär 2024

Mit zunehmendem Alter steigt die Inanspruchnahme von Physiotherapie in Krankenhäusern. Ein Drittel jener, die Physiotherapie in Krankenhäusern in Anspruch nehmen, ist über 75 Jahre alt, und über drei Viertel sind über 45 Jahre alt (siehe Tabelle 15).



Tabelle 15: Medizinische Leistungen und Spitalsentlassungen nach Alter, 2024

18.03 Physiotherapie und Physikalische Therapien	Entlassungen	Belagstage	Leistungen
unter 15	2,8 %	2,8 %	2,8 %
15 bis unter 30	7,8 %	5,3 %	7,8 %
30 bis unter 45	11,8 %	8,0 %	11,8 %
45 bis unter 60	16,2 %	15,3 %	16,2 %
60 bis unter 75	27,3 %	28,9 %	27,3 %
75 und mehr	34,0 %	39,7 %	34,0 %

Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsversorgung stationär 2024

2.2.4. Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Ein Bericht der Gesundheit Österreich GmbH zur therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich schafft einen Überblick über den Ist-Stand der Versorgung sowie über weitere Grundlagen für die Versorgung in den Bereichen Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie bei Entwicklungsstörungen (Gesundheit Österreich GmbH, 2020).

Im Leistungsbereich Physiotherapie werden mehr ältere Jugendliche versorgt – über 50 % sind über 14 Jahre alt (Jugendliche und junge Erwachsene). Aufgrund der sehr großen Altersspanne von 10 Jahren kommen Kinder im Alter von 3 bis 13 Jahren insgesamt auf eine Inanspruchnahme von über 36 % (siehe Tabelle 16).



Tabelle 16: Kinder und Jugendliche (0-20-Jährige) in Physiotherapie, nach Alter, 2016

Inanspruchnahme Physiotherapie 0-20-Jährige	Anteil
Säuglinge (0)	4,0 %
Kleinkinder (1-2)	7,4 %
Kinder (3-13)	36,4 %
Jugendliche (14-17)	27,3 %
Junge Erwachsene (18-20)	24,9 %

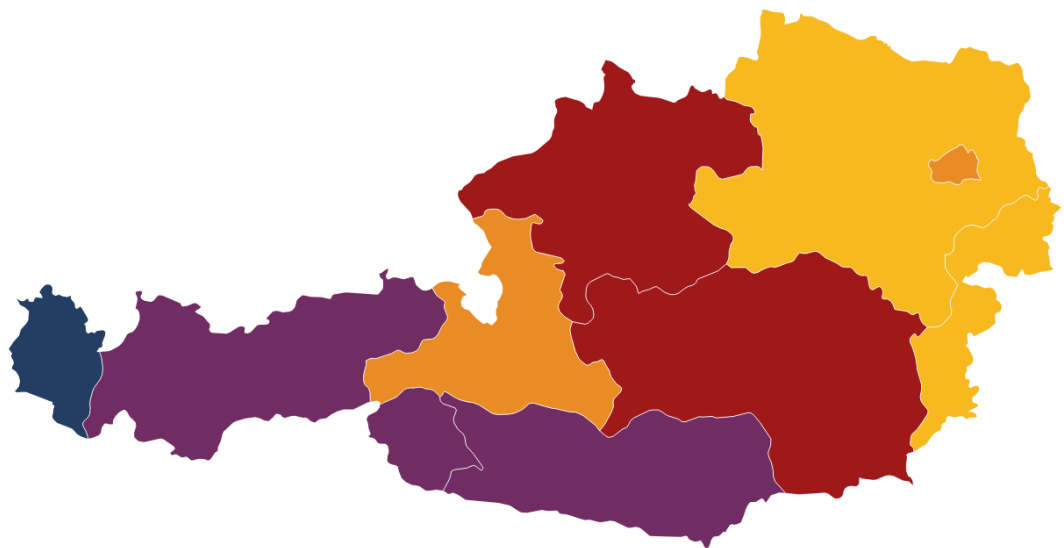
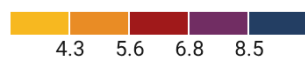
Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen 2016

Im Jahr 2016 wurden 103.764 Patientinnen und Patienten (6,1 %) im Alter von 0–20 Jahren mit physiotherapeutischen Leistungen versorgt. Der Westen Österreichs hatte einen höheren Anteil an jungen Patientinnen und Patienten je Einwohnerin bzw. Einwohner (Vorarlberg: 9,1 %, Tirol: 7,4 %) als der Osten des Landes (Niederösterreich: 3,5 %, Wien: 4,4 %) (siehe Abbildung 10). Es zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den über 15-Jährigen (Vergleich Abbildung 9).



Abbildung 10: Kinder und Jugendliche (0–20-Jährige) in Physiotherapie, nach Bundesland, 2016

Inanspruchnahme Physiotherapie 0-20-Jährige, Anteil an EW, 2016



Created with Datawrapper

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen 2016

Die Häufigkeit von Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit umschriebenen Entwicklungsstörungen ist zu Beginn des Lebens hoch, fällt dann ab und steigt mit zunehmendem Alter wieder an (siehe Tabelle 17).



Tabelle 17: Inanspruchnahme Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit umschriebenen Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80-F89), 2016

Inanspruchnahme Physiotherapie 0-17-Jährige mit Entwicklungsstörungen*	Anteil an EW
0-2	8,0 %
3-6	3,7 %
7-10	4,7 %
11-13	7,0 %
14-17	10,2 %
0-17	6,4 %

Anm.: spezifische Entwicklungsstörung F80: des Sprechens, F81: schulischer Fertigkeiten, F82: der motorischen Funktionen (z. B. Koordinationsstörungen), F83: Mischformen, F84: Autismus, Asperger-Syndrom, F88: andere, F89: nicht näher bezeichnet

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen 2016

2.3. Angebot vs. Nachfrage

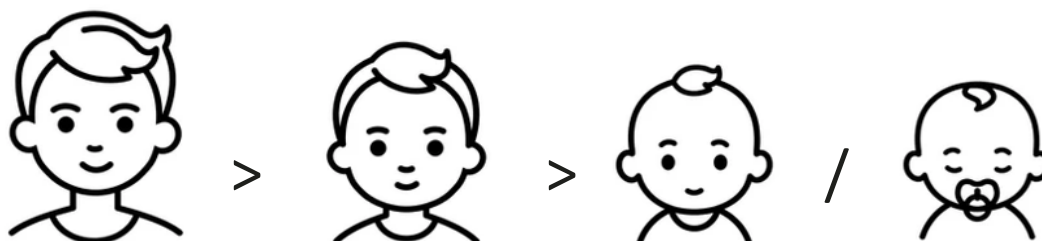
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich Angebot und Nachfrage bei Kindern und Jugendlichen schwerpunktmäßig beinahe decken (siehe Tabelle 18):

- Angebot: Physiotherapeutinnen und -therapeuten therapieren in der Altersklasse 0–18 am häufigsten Jugendliche, gefolgt von Kindern, Säuglingen und Kleinkindern
- Nachfrage: am häufigsten nehmen Jugendliche physiotherapeutische Leistungen in Anspruch, gefolgt von Kindern, Kleinkindern und Säuglingen



Tabelle 18: Inanspruchnahme Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen – Angebot vs. Nachfrage

Inanspruchnahme Physiotherapie 0-20-Jährige	Angebot	Nachfrage
Säuglinge (0)	14,3 %	4,0 %
Kleinkinder (1-2)	11,7 %	7,4 %
Kinder (3-13)	27,9 %	36,4 %
Jugendliche (14-17)	46,0 %	52,2 %



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, *Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen 2016*; physiotherapie.at 2025

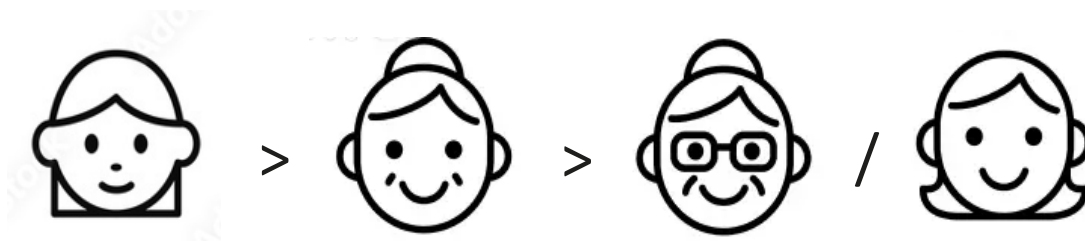
Auch bei der Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und mehr decken sich Angebot und Nachfrage beinahe (siehe Tabelle 19):

- Angebot: Physiotherapeutinnen und -therapeuten therapieren in der Altersklasse ab 15 Jahren am häufigsten Erwachsene, gefolgt von älteren Menschen, jungen Erwachsenen und Hochbetagten
- Nachfrage: am häufigsten nehmen Erwachsene physiotherapeutische Leistungen in Anspruch, gefolgt von älteren Menschen, Hochbetagten und jungen Erwachsenen



Tabelle 19: Inanspruchnahme Physiotherapie bei Erwachsenen – Angebot vs. Nachfrage

Inanspruchnahme Physiotherapie ab 15 Jahren	Angebot	Nachfrage *
Junge Erwachsene (15-29)	26,8 %	13,7 %
Erwachsene (30-44)	30,8 %	19,7 %
Erwachsene (45-59)		27,7 %
Ältere Menschen (60-74)	28,7 %	26,1 %
Hochbetagte (≥ 75)	13,7 %	19,8 %



Anm.: * Anteil an österreichischer Bevölkerung in der Alterskohorte
Quelle: Statistik Austria, ATHIS 2019; physiotherapie.at 2025

2.4. Personalbestand & Personalprognose

Die MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030 schätzt den voraussichtlichen Bedarf an Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) in Österreich bis 2030 (Gesundheit Österreich GmbH, 2020).

In diesem Kapitel wird der prognostizierte Fachkräftebedarf sowie der altersbedingte Ersatzbedarf analysiert. Solche Personalprognosen sind relevant, damit bereits heute Vorkehrungen getroffen werden können, um den Bedarf in der Zukunft zu decken. Bei diesen Prognosen wurden unterschiedliche Szenarien berücksichtigt.

Im Basisfallszenario wurden ausgehend vom Ist-Stand die demografische Entwicklung bei gleichbleibender Inanspruchnahme nach Altersgruppen bis 2030 und ein intramuraler Bedarfstrend berücksichtigt. Im Alternativszenario 1 (Angleich regional zum Bundesdurchschnitt) wurde zusätzlich berücksichtigt, dass in jeder betrachteten Region zumindest der Durchschnittswert des bundesweit beobachteten Versorgungsschlüssels (Physiotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 EW) vorgehalten werden muss. In Regionen mit einem Versorgungsschlüssel unter dem Bundesdurchschnitt wurde er auf diesen angehoben, um die regionale Heterogenität auszugleichen. Im Alternativszenario 2 (Teilzeit) wurde zusätzlich das sich verändernde Verhältnis von angestellten Personen zu

Vollzeitäquivalenten in akutstationären Einrichtungen berücksichtigt, um auf Trends wie Arbeitszeitverkürzung, Work-Life-Balance und Teilzeitmodelle einzugehen. Im Alternativszenario 3 (Plus 20 %) wurde ausgehend vom Gesamtbestand des Basisfallszenarios ein zusätzlicher Bedarf von 20 % Berufsangehörigen, der sich aus den Forderungen der Arbeiterkammer zur Entlastung des Personals sowie aus Aspekten der Patientensicherheit und des Therapieerfolgs ergibt, berücksichtigt.

Anfang 2020 waren rund 14.693 Berufsangehörige der Physiotherapie im Gesundheitsberuferegister erfasst. Aufgrund demografischer Veränderungen werden im Basisfallszenario um rund 2.257 Personen mehr gebraucht als Anfang 2020. Damit wird der Soll-Stand an Berufsangehörigen der Physiotherapie 2030 voraussichtlich 16.950 Personen betragen. Diese 2.257 Personen müssen zusätzlich zur Verfügung stehen (Zusatzbedarf), aber auch die 1.708 Personen (11,6 %), die in Pension gehen, müssen ersetzt werden (Ersatzbedarf) – daher beläuft sich der Mehrbedarf auf rund 3.965 Personen. Die Zahl des Mehrbedarfs steigt auf 7.355 Personen im Alternativszenario 3 an (siehe Tabelle 20).



Tabelle 20: Physiotherapie-Personalprognose: Bestand 2020, Soll-Stand 2030, Ersatz-, Zusatz- und Mehrbedarf

in Personen

	Ist-Stand 2020	Zusatz- bedarf ¹	Soll-Stand 2030	Ersatz- bedarf ²	Mehr- bedarf ³
Basisfallszenario	14.693	2.257	16.950	1.708	3.965
Alternative 1		3.832	18.525		5.540
Alternative 2		5.152	19.845		6.860
Alternative 3		5.647	20.340		7.355

Anm.: 1 berechnet aus demografischem Wachstum und intramuralem Bedarfstrend bzw. Alternativszenarien

2 Pensionierungen (Abwanderungen nicht modelliert)

3 Ersatz- und Zusatzbedarf

Quelle: Gesundheit Österreich (2020), im Auftrag der AK Wien, MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030

Dieser Mehrbedarf ist durch verschiedene Maßnahmen zu decken. Dabei ist von besonderem Interesse, ob der Bedarf durch Absolventinnen und Absolventen gedeckt werden kann. Unter den Annahmen, dass sich die Abschlusszahlen bis 2030 so entwickeln werden wie die Mittelwerte der Abschlusszahlen aus den Jahren 2012 bis 2017, alle Absolventinnen und Absolventen den Beruf tatsächlich aufnehmen und während des Betrachtungszeitraums auch in diesem verbleiben werden, werden bis zum Jahr 2030 kumuliert 3.686 Ausbildungsabschlüsse prognostiziert, welche den Mehrbedarf bereits im Basisfallszenario nicht decken (siehe Tabelle 21).



Tabelle 21: Physiotherapie-Bedarfsbilanz: Mehrbedarf abzüglich prognostizierter Ausbildungsabschlüsse
in Personen

	Mehrbedarf	Ausbildungs- abschlüsse*	Bedarf Bilanz
Basisfallszenario	3.965	3.686	- 279
Alternative 1	5.540		- 1.854
Alternative 2	6.860		- 3.174
Alternative 3	7.355		- 3.669

Anm.: * die (in der Physiotherapie besonders hohen) Zuströme aus dem Ausland sind in dieser Bilanz nicht abgebildet (ca. 26 % der registrierten Physiotherapeutinnen und -therapeuten haben ihre Ausbildung im Ausland absolviert)

Quelle: Gesundheit Österreich (2020), im Auftrag der AK Wien, MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030

Für das Prognosemodell wurden sowohl angebots- als auch nachfrageseitige Einflussfaktoren herangezogen:

- Demografische Entwicklung
- Altersstruktur der Berufsangehörigen sowie der Patientinnen und Patienten
- Entwicklung des Bedarfs
- Entwicklung der Abschlusszahlen

2.4.1. Demografische Entwicklung & Altersstruktur der Patientinnen und Patienten

Die beiden ersten Punkte werden nun noch einer genaueren Untersuchung unterzogen (Statistik Austria, 2026; Statistik Austria, 2025). Die Prognose in der einzelnen Zielgruppe der Physiotherapeutinnen und -therapeuten beruht auf der prognostizierten

demografischen Entwicklung der einzelnen Altersgruppen. Letztendlich hängt das Gesamtwachstum in der Zielgruppe aber vom Anteil jeder einzelnen Altersgruppe ab. Durch die Altersverteilung der Zielgruppe der Physiotherapie-Patientinnen und -Patienten ergibt sich ein Wachstum von 6 %, welches leicht über dem Wachstum der österreichischen Gesamtbevölkerung von 5 % liegt (siehe Tabelle 22).



Tabelle 22: Demografische Entwicklung der österreichischen Grundpopulation sowie der Zielgruppe Physiotherapie bis 2030, nach Altersgruppen

	Grundpopulation		
	2019	2030	Index 2030 (2019 = 100 %)
≤ 14	1 278 692	1 286 155	101 %
15-29	1 573 475	1 505 882	96 %
30-44	1 769 780	1 897 200	107 %
45-59	2 025 028	1 836 403	91 %
60-74	1 376 711	1 834 074	133 %
≥ 75	835 089	961 356	115 %
Gesamt	8 858 775	9 321 070	105 %

	Zielgruppe Physiotherapie		
	2019	2030	Index 2030 (2019 = 100 %)
≤ 14	78 000	78 455	101 %
15-29	215 566	206 306	96 %
30-44	348 647	373 748	107 %
45-59	560 933	508 684	91 %
60-74	359 322	478 693	133 %
≥ 75	165 348	190 348	115 %
Gesamt	1 727 815	1 836 235	106 %

Quelle: Statistik Austria, Demografische Prognosen + ATHIS 2019

Die Berücksichtigung der einzelnen Berufe und ihrer Versorgungsbereiche entspricht einer Standardisierung nach den „Zielgruppen-Bevölkerungen“. Die Annahmen über die Altersverteilung in den einzelnen Zielgruppen basieren auf Altersverteilungen in Referenzpopulationen. Mobile und stationär Betreute in Pflegeeinrichtungen weisen mit 25 % das höchste Wachstum auf, gefolgt von Patientinnen und Patienten mit stationären Physiotherapie-Leistungen in Krankenanstalten / Reha / Kur (11 %) und Patientinnen und Patienten mit niedergelassenen Physiotherapie-Leistungen in niedergelassenen Praxen (5 %) (siehe Tabelle 23).



Tabelle 23: Klientelspezifisches Wachstum in den unterschiedlichen Zielgruppen der Physiotherapie bis 2030

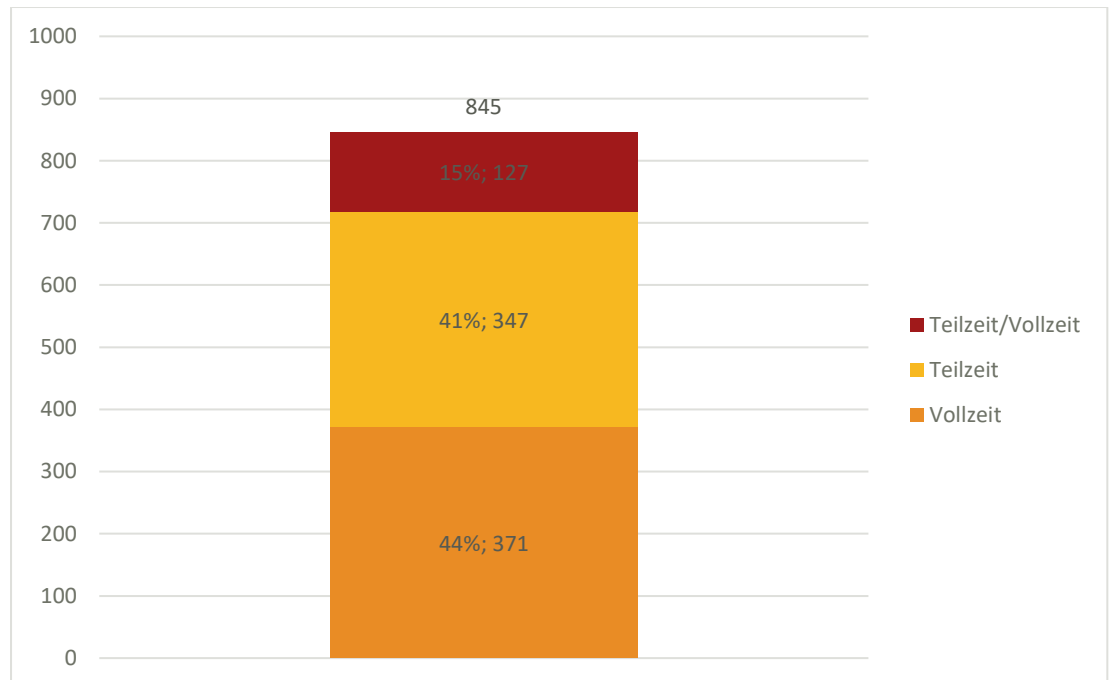
Versorgungsbereich	zugrunde liegende Referenzpopulation	Index 2030 (Basisjahr = 100 %)
KA / Reha / Kur	Pat. mit stationären Physio-Leistungen	111 %
Niedergelassene Praxis	Pat. mit niedergelassenen Physio-Leistungen	105 %
Pflegeeinrichtung	mobil und stationär Betreute	125 %

Quelle: Gesundheit Österreich (2020), im Auftrag der AK Wien, MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030

2.5. Arbeitsmarkt & Ausbildung

2.5.1. Stellenausschreibungen

Im Erhebungszeitraum Februar 2026 wurden insgesamt 845 offene Stellen für Physiotherapeutinnen und -therapeuten in Österreich erfasst (Arbeitsmarktservice, 2026). Bezüglich des Beschäftigungsausmaßes entfallen 44 % der ausgeschriebenen Stellen auf Vollzeitpositionen, 41 % auf Teilzeitbeschäftigungen und die restlichen 15 % auf beide (siehe Abbildung 11).

**Abbildung 11: Stellenausschreibungen Physiotherapie, Feb. 2026**

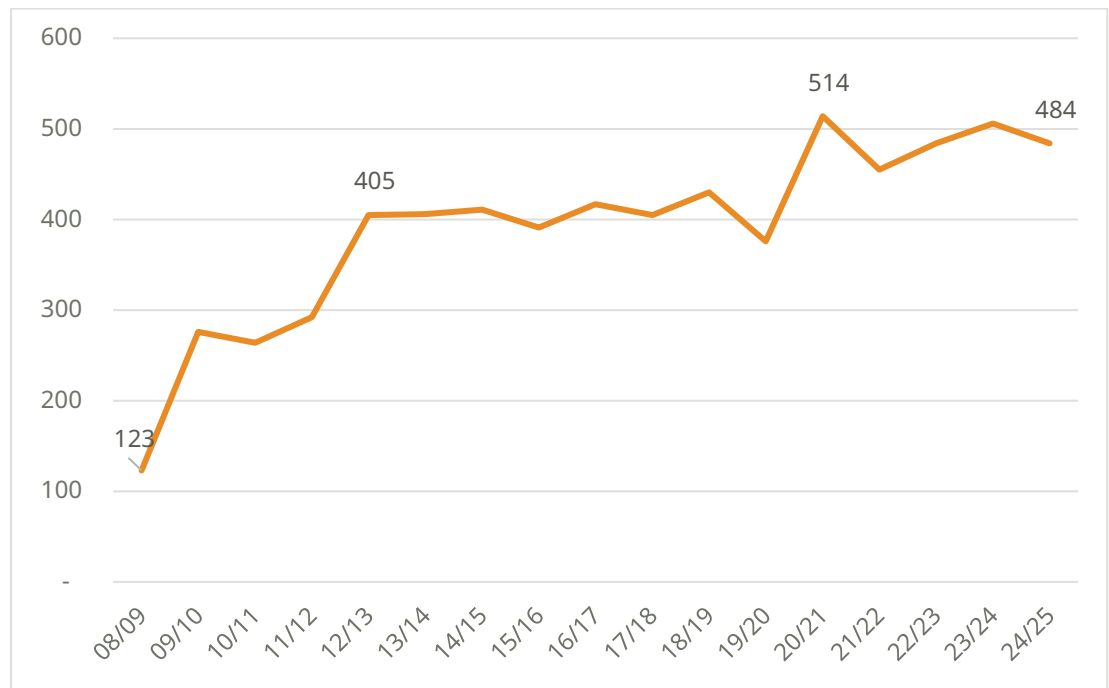
Quelle: jobs.ams.at

2.5.2. Studienabschlüsse Physiotherapie

Diese offenen Stellen könnten zukünftig durch Absolventinnen und Absolventen eines Physiotherapiestudiums gedeckt werden. Die Entwicklung der Studienabschlüsse seit dem Studienjahr 2008/09 zeigt einen deutlichen Anstieg der Studienplätze zunächst vom Jahr 2011/12 (292 Absolventinnen und Absolventen) auf das Jahr 2012/13 (405) (Statistik Austria, 2026). Bis 2019/20 blieb die Zahl dann relativ konstant, stieg im Folgejahr 2020/21 auf 514 Abschlüsse an und blieb seitdem wieder relativ konstant mit 484 Abschlüssen im Jahr 2024/25 (siehe Abbildung 12).



Abbildung 12: Studienabschlüsse Physiotherapie an Fachhochschulen, 2008–2025



Quelle: Statistik Austria, Studienabschlüsse

Die Ausbildungsstätten für Physiotherapie sind auf 8 Bundesländer verteilt. Die höchste Anzahl an Studienabschlüssen wurde im Studienjahr 2024/25 an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Campus Wien mit 126 Absolventinnen und Absolventen erreicht, gefolgt von der FH Gesundheitsberufe Oberösterreich mit 89 und der FH JOANNEUM mit 75 Abschlüssen. An der IMC Hochschule für Angewandte Wissenschaften Krems schlossen im selben Jahr 52 Personen ihr Studium ab, an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Pölten 41, an der FH Gesundheit Innsbruck 32, an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Burgenland 25, an der Fachhochschule Salzburg 23 und an der Fachhochschule Kärnten 21 Personen (siehe Tabelle 24).

Im Jahr 2024/2025 haben 484 Studierende ihr Studium abgeschlossen, darunter 197 Männer und 287 Frauen. Der Anteil der männlichen Studierenden stieg dabei von 35 % im Jahr 2019/20 auf 41 % im Jahr 2024/25.


Tabelle 24: Studienabschlüsse und Studienplätze Physiotherapie, Verteilung nach Ausbildungsstätten, 2024/25 + 2026/27

	Hochschule Angewandte Wissen- schaften Burgenland	IMC Hochschule Angewandte Wissen- schaften Krems	Hochschule Angewandte Wissen- schaften St. Pölten	Fach- hochschule Kärnten	Fach- hochschule JOANNEUM	Fach- hochschule Salzburg	Hochschule Angewandte Wissen- schaften Campus Wien	FH Gesundheit	FH Gesundheits- berufe OÖ		
	Eisenstadt	Krems	St. Pölten	Klagenfurt	Graz	Salzburg	Wien	Innsbruck	Linz		
Studienabschlüsse											
Studienjahr 2024/25	25	52	41	21	75	23	126	32	89	484	
männlich	11	25	18	9	28	13	61	12	20	197	41 %
weiblich	14	27	23	12	47	10	65	20	69	287	59 %
Studienplätze											
Studienjahr 2026/27	40	50-60	65	30-40	90	28	153	30	126	600-700	

Quelle: Statistik Austria, Studienabschlüsse; Webseiten Fachhochschulen

2.5.3. Erweiterung der Studienplätze

Da das Studium der Physiotherapie zu den beliebtesten Studiengängen unter den Gesundheitsstudienangeboten an den Fachhochschulen Österreichs zählt und eine hohe Anzahl an Bewerbungen jährlich verzeichnet, stocken einige Fachhochschulen ihre Studienplätze auf – so stehen etwa an der FH JOANNEUM seit dem Studienjahr 2025/26 90 statt bisher 70 Plätze für Studienanfängerinnen und -anfänger zur Verfügung. Mit dieser Erweiterung der Studienplätze wollen sie einen wichtigen Beitrag leisten, um den wachsenden Bedarf an gut ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten zu decken und die gesundheitliche Versorgung in der Gesellschaft nachhaltig zu stärken (FH JOANNEUM, 2024).

2.5.4. Gap steigende Nachfrage vs. Ausbildungsplätze

Da die neun öffentlichen Fachhochschulen in Österreich jedes Jahr insgesamt rund 5.000 Bewerberinnen und Bewerber ablehnen müssen und aufgrund der limitierten Plätze nur etwa 600–700 aufnehmen können (auf einen freien Platz kommen so etwa 8 Bewerberinnen und Bewerber), wurde im Jahr 2025 ein neues Kapitel in der Physiotherapie-Ausbildung in Österreich aufgeschlagen – mit Alma Mater Europea wird nun die erste privat-universitäre Physiotherapieausbildung in Österreich in allen universitären Ausbildungsstufen (Bachelor, Master, Diplom) in Wien, Salzburg und Klagenfurt angeboten. Die Privatuniversität leistet damit einen Beitrag, die Lücke zwischen der steigenden Nachfrage nach Physiotherapie und den in Österreich aktuell zu wenig vorhandenen Ausbildungsplätzen zu schließen (Presstext, 2024).

2.6. Krankheitslast

Nicht-übertragbare Krankheiten und Stürze sind für einen Großteil der Krankheitslast in Österreich verantwortlich. Rund 79 % der gesamten verlorenen gesunden Lebensjahre lassen sich auf diese zurückführen. Die Physiotherapie ist ein elementarer Bestandteil der medizinischen Grundversorgung und spielt beim Management von nicht-übertragbaren Krankheiten und Stürzen eine wesentliche Rolle. Ziel dieses Kapitels ist daher, die Krankheiten zu identifizieren, bei deren Versorgung die Physiotherapie eine zentrale Rolle übernimmt, und jene, bei denen die Physiotherapie noch ansetzen könnte, um die Krankheitslast zu senken.

Krankheitslast = Burden of Disease (BOD)



Die Krankheitslast bezeichnet den „Gesundheitsverlust“, der in einer Bevölkerung(sgruppe) oder in einem Land durch bestimmte Erkrankungen und Gruppen von Erkrankungen entsteht (Gesundheit Österreich GmbH, 2022). Das bekannteste BOD-Assessment ist die vom **IHME** (Institute for Health Metrics and Evaluation) durchgeführte **Global Burden of Disease Study (GBD)** (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2023). Die GBD-Studie des IHME legt wichtige Ergebnisse vor, die für die Weiterentwicklung der und zur Beseitigung von Ungleichheiten genutzt werden können, u. a.:

1. Versorgungsplanung
2. Gesundheitsvorsorge/Prävention und Gesundheitsförderung
3. Planung und Evaluation von Maßnahmen/Interventionen
4. Identifizierung vulnerabler Gruppen und zielgruppenorientierter Interventionen
5. Prognosen

Die Krankheitslast einer Bevölkerung wird in der GBD-Studie anhand zweier wesentlicher Kennzahlen ermittelt, deren Summe die **Gesamtheit verlorener Lebensjahre (DALY)** ist:

- a. durch vorzeitigen Tod verlorene Lebensjahre (years of life lost, YLL) und
- b. mit Krankheit/Behinderung gelebte Lebensjahre (years lived with disease/disability, YLD)

$$\text{DALY} = \text{YLD} + \text{YLL}$$

Unter die Top-10-Krankheiten in Österreich fallen 2023 ischämische Herzkrankheit, Schlaganfall, Diabetes und COPD.

Dabei gibt es ein paar wesentliche Geschlechterunterschiede (siehe Tabelle 25 sowie Abbildung 13):

die Krankheitslast ist bei Männern höher bei

- Kardiovaskulären Erkrankungen (insbesondere ischämische Herzkrankheit)
- Tumoren (insbesondere Lungenkrebs)
- Stürzen
- Verdauungserkrankungen (insbesondere Zirrhose)

bei Frauen ist diese hingegen höher bei

- Muskuloskelettalen Erkrankungen (insbesondere untere Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Osteoarthritis)
- Neurologischen Störungen (insbesondere Alzheimer, Kopfschmerzen)
- Psychischen Erkrankungen (insbesondere Angst- und depressive Störungen)



Tabelle 25: Krankheitslast nicht-übertragbarer Krankheiten + Stürze, nach Geschlecht, 2023

	% der gesamten DALYs		
	Alle	Männer	Frauen
Kardiovaskuläre Erkrankungen	18,4 %	19,8 %	17,0 %
Tumore	17,9 %	19,3 %	16,4 %
Muskuloskelettale Erkrankungen	9,0 %	7,0 %	11,1 %
Neurologische Störungen	7,7 %	5,6 %	9,8 %
Psychische Erkrankungen	7,3 %	6,4 %	8,2 %
Stürze	6,2 %	6,6 %	5,7 %
Diabetes- und Nierenerkrankungen	4,9 %	4,8 %	4,9 %
Verdauungserkrankungen	3,9 %	4,4 %	3,4 %
Chronische Atemwegserkrankungen	3,8 %	3,8 %	3,8 %
	79,0 %	77,7 %	80,3 %

Quelle: IHME, Global Burden of Disease 2023



Abbildung 13: Krankheitslast – Top-10-Krankheiten, nach Geschlecht, 2023

Männer	vs.	Frauen
1. Ischämische Herzkrankheit		1. Ischämische Herzkrankheit
2. Schlaganfall		2. Schlaganfall
3. Diabetes		3. Untere Rückenschmerzen
4. COPD		4. Diabetes
5. Lungenkrebs		5. COPD
6. Zirrhose		6. Depressive Störungen
7. Kongenitale Anomalien		7. Angststörungen
8. Anderer Hörverlust		8. Kopfschmerzen
9. Untere Rückenschmerzen		9. Gynäkologische Erkrankungen
10. Chronische Nierenerkrankung		10. Andere Muskel-Skelett-Erkrankung

Quelle: IHME, Global Burden of Disease 2023

Auch bei der Betrachtung nach Altersgruppen gibt es ein paar wesentliche Unterschiede (siehe Tabelle 26 sowie Abbildung 14):

die Krankheitslast ist bei 5–14-Jährigen höher bei

- Psychischen Erkrankungen (insbesondere Angst-, Verhaltens- und depressive Störungen, Autismus, ADHS)
- Chronischen Atemwegserkrankungen (insbesondere Asthma)

bei 15–49-Jährigen bei

- Muskuloskelettalen Erkrankungen (insbesondere untere Rückenschmerzen, Nackenschmerzen)

bei 50–69-Jährigen bei

- Tumoren (insbesondere Lungenkrebs)
- Verdauungserkrankungen (insbesondere Zirrhose)

bei über 70-Jährigen bei

- Kardiovaskulären Erkrankungen (insbesondere ischämische Herzkrankheit, Schlaganfall, Vorhofflimmern)
- Neurologischen Störungen (insbesondere Alzheimer)
- Diabetes- und Nierenerkrankungen (insbesondere chronische Nierenerkrankung, Diabetes)
- Chronischen Atemwegserkrankungen (insbesondere COPD; Krankheitslast hoch)



Tabelle 26: Krankheitslast nicht-übertragbarer Krankheiten + Stürze, nach Alter, 2023

	% der gesamten DALYs				
	< 5	5-14	15-49	50-69	≥ 70
Kardiovaskuläre Erkrankungen	0,9 %	0,9 %	3,9 %	13,6 %	30,2 %
Tumore	2,5 %	3,3 %	7,2 %	23,7 %	19,9 %
Muskuloskelettale Erkrankungen	0,0 %	5,3 %	13,1 %	11,9 %	5,2 %
Neurologische Störungen	2,2 %	6,8 %	7,4 %	5,0 %	9,9 %
Psychische Erkrankungen	3,4 %	37,4 %	18,2 %	6,0 %	1,7 %
Stürze	1,8 %	6,0 %	7,5 %	6,0 %	5,7 %
Diabetes- und Nierenerkrankungen	0,2 %	0,3 %	1,6 %	4,1 %	7,3 %

Verdauungserkrankungen	0,7 %	0,8 %	3,6 %	5,5 %	3,2 %
Chronische Atemwegserkrankungen	2,2 %	4,9 %	2,2 %	3,8 %	4,6 %
	14,0 %	65,7 %	64,7 %	79,8 %	87,7 %

Quelle: IHME, Global Burden of Disease 2023



Abbildung 14: Krankheitslast – Top-10-Krankheiten, nach Alter, 2023

5-14

1. **Angststörungen**
2. **Kongenitale Anomalien**
3. Dermatitis
4. **Asthma**
5. **Verhaltensstörungen**
6. Kopfschmerzen
7. **Depressive Störungen**
8. Hämoglobinopathien
9. Idiopathische Epilepsie
10. **Autismus-Spektrum-Störungen**

15-49

1. Depressive Störungen
2. **Untere Rückenschmerzen**
3. Ischämische Herzkrankheit
4. Angststörungen
5. Kopfschmerzen
6. Schlaganfall
7. Andere Muskel-Skelett-Erkrankung
8. Gynäkologische Erkrankungen
9. Diabetes
10. Zirrrose

50-69

1. Ischämische Herzkrankheit
2. Schlaganfall
3. Diabetes
4. COPD
5. **Lungenkrebs**
6. Untere Rückenschmerzen
7. Anderer Hörverlust
8. **Zirrrose**
9. Chronische Nierenerkrankung
10. Andere Muskel-Skelett-Erkrankung

≥ 70

1. **Ischämische Herzkrankheit**
2. **Schlaganfall**
3. **COPD**
4. **Alzheimer**
5. **Diabetes**
6. Anderer Hörverlust
7. Lungenkrebs
8. **Chronische Nierenerkrankung**
9. Hypertensive Herzkrankheit
10. Untere Rückenschmerzen

Quelle: IHME, Global Burden of Disease 2023

2.6.1. Potenziale der Physiotherapie

Für einen Vergleich der Krankheitslast mit dem Angebot an Physiotherapieleistungen (siehe Kapitel 2.1.4 Fachgebiete) zieht man nun nicht die verlorenen gesunden Lebensjahre (DALYs) heran, sondern die Prävalenzen, d. h. die prävalenten Fälle je Krankheitsgruppe. Die Prävalenz beschreibt die Häufigkeit einer Krankheit. Die Gegenüberstellung soll Potenziale aufzeigen, wo die Physiotherapie noch ansetzen könnte, um die Krankheitslast zu senken.

Folgende Krankheiten werden häufiger durch Physiotherapie behandelt:

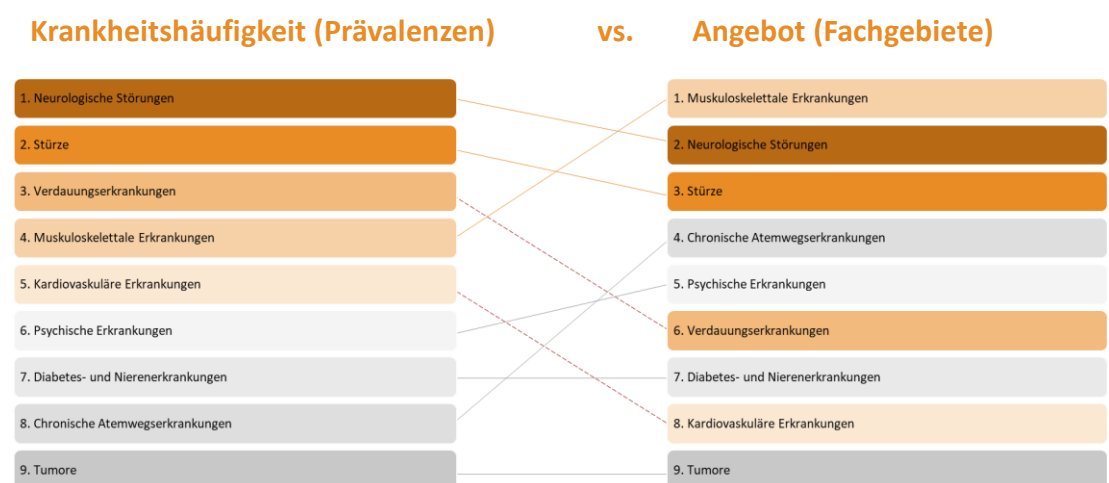
- Muskuloskelettale Erkrankungen
- Neurologische Störungen
- Stürze
- Chronische Atemwegserkrankungen

Folgende Krankheiten sind in der Physiotherapie hingegen (noch) unterrepräsentiert:

- Verdauungserkrankungen
- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Tumore (Prävalenzen niedrig, aber DALYs hoch)



Abbildung 15: Krankheitshäufigkeit (Prävalenzen) vs. Angebot, 2023



Quelle: IHME, Global Burden of Disease 2023; physiotherapie.at



3.

- Wirkungsfelder der Physiotherapie

3.1. Aufbau der Analyse und theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel liegt das Ziel darin, den Beitrag der Physiotherapie zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung mit expliziten österreichischen Bezugsgrößen darzustellen. Dazu wird die Bandbreite der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Evidenz entlang der fünf Ebenen der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead (1991) kartiert.

Das Modell der Gesundheitsdeterminanten dient der Studie als konzeptioneller Rahmen. Es beschreibt Gesundheit als Ergebnis mehrerer ineinandergreifender, konzentrischer Einflussebenen. Ausgehend vom Zentrum mit individuellen, kaum veränderbaren Faktoren, bewegen sich die Ebenen bis zur Peripherie, die die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen umfassen (siehe Abbildung 16). Die Literatur wird entsprechend der fünf Wirkungsebenen gegliedert:

- **Ebene 1:** Demografie und Biologie: Alter, Geschlecht, Erbanlagen.
- **Ebene 2:** Faktoren individueller Lebensweisen: Ernährung, Bewegung, Substanzgebrauch, Wissen und Einstellungen.
- **Ebene 3:** Soziale und kommunale Netzwerke: Familie, Peers, Gemeinschaft, Versorgungsstrukturen.
- **Ebene 4:** Lebens- und Arbeitsbedingungen: u. a. Arbeitsfähigkeit, betriebliche Gesundheitsförderung, Zugang zur Versorgung.
- **Ebene 5:** Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt: u. a. Wirtschaft und Arbeitsmarkt, sozialer Gradient, Versorgungsgeografie, Klimawandel, Health Literacy und Digitalisierung.

Jede Ebene wird im Bericht als eigenständiges Wirkungsfeld behandelt und schließt mit einer zusammenfassenden Evidenzbilanz.

Auf Basis einer strukturierten Literaturrecherche werden für jede Wirkungsebene mehrere Thesen formuliert, die einen möglichen Beitrag der Physiotherapie auf der jeweiligen Ebene konkret benennen. Die Recherche umfasst primär internationale Studien, wobei nach Studiendesign priorisiert wird. So werden etwa randomisierte kontrollierte Studien vor Kohorten- und Querschnittsstudien gereiht. Reviews und Metaanalysen werden ebenso berücksichtigt, um eine breite Evidenzlage zu erfassen. Sofern verfügbar, werden österreichische bzw. DACH-spezifische Registerdaten als Referenzgrößen angeführt.

Die Entwicklung der Thesen erfolgt über die Evidenzverfügbarkeit in der Literatur. Das bedeutet, es werden nicht sämtliche Berührungspunkte der physiotherapeutischen Intervention in allen Dimensionen entlang des Konzeptrahmens erfasst, sondern jene

Bereiche, die sehr häufig von der Wissenschaft untersucht wurden. Die Analyse umfasst daher eine relevante Teilmenge der wesentlichsten Wirkungsbereiche der Physiotherapie, während die tatsächlichen Wirkungsbereiche in der Realität umfangreicher sind.

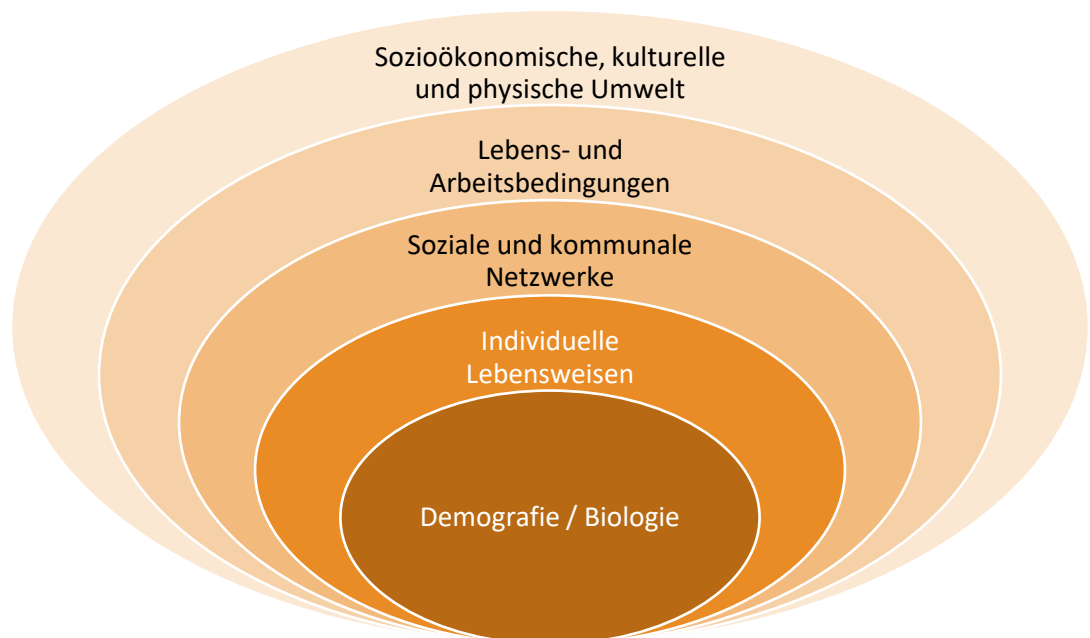
Die aufgestellten Thesen werden jeweils anhand ihrer zentralen Quelle(n) mit einem Grad der Stützung bewertet. Je nach Anzahl und Qualität der Studien, dem Studiendesign und der Konsistenz der Befunde werden Bewertungen vergeben, wie „stark gestützt“, „gut gestützt“, „gestützt“, „teilweise gestützt“, „erste Hinweise“. Sollten Befunde widerlegend ausfallen, werden diese als solche angeführt.

Ergänzend werden die jeweilige Zielgruppe bzw. Prävalenz in Österreich abgebildet. Die erforderlichen Daten werden primär von Statistik Austria⁵ und dem Global-Burden-of-Disease-Datensatz des IHME⁶ bezogen. Da internationale Studienergebnisse nicht direkt auf Österreich übertragbar sind, sind die Potenziale für Österreich („AT-Potenziale“) als Orientierungsgrößen zur Einschätzung von Wirkungsfeldern zu verstehen. Sie dürfen nicht als punktgenaue Prognosen verstanden werden.



Abbildung 16: Modell der Gesundheitsdeterminanten

Theoretischer Rahmen: das Dahlgren-Whitehead-Modell



Quelle: *Economica*: eigene Darstellung nach (Dahlgren & Whitehead, 1991).

⁵ Statistik Austria: <https://www.statistik.at/>

⁶ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): <https://www.healthdata.org/>

3.2. Wirkungsebene 1: Demografie und Biologie (Alter, Geschlecht, Erbanlagen)

Ebene 1 bildet die innerste, kaum modifizierbare Ebene des Dahlgren-Whitehead-Modells: Alter, Geschlecht und genetische Veranlagung. Die Physiotherapie kann diese Faktoren nicht beeinflussen, jedoch bestimmen diese maßgeblich Krankheitslasten und Versorgungsbedarf. An diesen Punkten setzt die physiotherapeutische Intervention an.

In Österreich steigen etwa die Krankenstandsquoten deutlich mit dem Alter: bei Frauen zwischen 50 und 64 Jahren lag diese 2023 bei 5,8 % (2019: 5,2 %) und bei gleichaltrigen Männern bei 5,4 % (2019: 5,1 %) (siehe Tabelle 27). Bei unter 50-Jährigen liegen die Krankenstandsquoten hingegen bei 3,4–3,9 % (WIFO, 2024).



Tabelle 27: Krankenstandsquoten 2019 vs. 2023, nach Alter und Geschlecht

	Frauen			Männer		
	≤ 29	30-49	50-64	≤ 29	30-49	50-64
2019	3,1 %	3,3 %	5,2 %	3,1 %	3,0 %	5,1 %
2023	3,8 %	3,9 %	5,8 %	3,6 %	3,4 %	5,4 %

Quelle: WIFO, Fehlzeitenreport 2024

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, welche sich ebenso nach Alter und Geschlecht unterscheidet (siehe Tabelle 28):

- Mit zunehmendem Lebensalter wurden mehr sonstige Gesundheitsdienstleistungen (darunter u. a. selbständige Ambulatorien, Physiotherapie, Psychotherapie) in Anspruch genommen.
- Frauen nehmen zudem mehr sonstige Gesundheitsdienstleister in Anspruch.
- Die Inanspruchnahme von sonstigen Gesundheitsdienstleistern stieg seit 2019 an.

**Tabelle 28: Arztbesuche 2019 vs. 2023, nach Alter und Geschlecht**

	2019	
	15-29	
	Frauen	Männer
Allgemeinmedizinerin bzw. Allgemeinmediziner	45,0 %	57,7 %
Fachärztin bzw. Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	12,5 %	14,9 %
Sonstige Fachärztinnen und -ärzte	32,3 %	19,8 %
Sonstige Gesundheitsdienstleister ¹	10,3 %	7,6 %

	2023			
	15-29		30-64	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Allgemeinmedizinerin bzw. Allgemeinmediziner	45,6 %	58,4 %	43,6 %	50,6 %
Fachärztin bzw. Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	9,9 %	12,8 %	9,7 %	11,8 %
Sonstige Fachärztinnen und -ärzte	32,0 %	19,9 %	32,9 %	26,6 %
Sonstige Gesundheitsdienstleister ¹	12,4 %	8,9 %	13,8 %	11,0 %

Anm.: 1 umfassen u. a. selbständige Ambulatorien, Physiotherapie, Psychotherapie
 Quelle: WIFO, Fehlzeitenreport 2024

Die beiden Erkenntnisse aus Krankheitslast und Versorgungsbedarf zeigen demnach, dass die Krankenstandsquoten in den vergangenen Jahren anstiegen, während den sonstigen Gesundheitsdienstleistern eine größere Bedeutung zugeschrieben wurde.

Vor diesem Hintergrund werden drei Thesen zur Relevanz der Physiotherapie an unterschiedlichen Punkten der Lebensspanne geprüft:

These 1.A: Physiotherapie hat positive Gesundheitseffekte bei älteren Menschen mit chronischen Krankheiten

These 1.B: Physiotherapie hat positive Gesundheitseffekte bei Kindern mit Zerebralparese

These 1.C: Physiotherapie hat positive Gesundheitseffekte bei der Entwicklung der motorischen Funktionen bei Frühgeborenen

3.2.1. These 1.A: Physiotherapie hat positive Gesundheitseffekte bei älteren Menschen mit chronischen Krankheiten

Die zentrale Literaturquelle, die diese These stützt, bewertet den Einfluss physiotherapeutischer Interventionen auf die Gesundheitsergebnisse und untersucht den Zusammenhang zwischen den Merkmalen der Physiotherapiesitzungen und den Gesundheitsverbesserungen bei älteren Menschen (Reddy, et al., 2024). Da die Weltbevölkerung stetig altert, rücken chronische Krankheiten immer stärker in den Fokus der öffentlichen Gesundheitsdebatte. Bei älteren Erwachsenen mindern chronische Erkrankungen wie Arthritis, Osteoporose, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Diabetes und Bluthochdruck nicht nur die Lebensqualität, sondern stellen auch eine erhebliche Belastung für die Gesundheitssysteme weltweit dar.

Die Physiotherapie hat sich als unverzichtbarer Bestandteil der Behandlung chronischer Erkrankungen etabliert. Sie spielt eine entscheidende Rolle bei der Schmerzlinderung, der Verbesserung der Mobilität und der Steigerung der funktionellen Unabhängigkeit, was für ältere Erwachsene von entscheidender Bedeutung ist, um eine zufriedenstellende Lebensqualität zu erhalten.

An dieser Studie nahmen 384 Personen teil. Die Teilnehmenden wurden aus Gemeindezentren, Seniorenclubs, ambulanten Kliniken und Gesundheitseinrichtungen rekrutiert. Voraussetzung war, dass diese über 65 Jahre alt sind und eine oder mehrere chronische Erkrankungen haben.

Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen zählen Bluthochdruck (45,8 %) und Arthritis (39,1 %). Frauen wiesen dabei höhere Anteile an Arthritis und Osteoporose auf, Männer hingegen höhere Anteile an COPD und Diabetes.

Von diesen 384 Personen nahmen 264 (68,8 %) innerhalb des letzten Jahres Physiotherapie in Anspruch. Frauen trieben dabei weniger Sport, hatten aber einen besseren psychischen Gesundheitszustand und eine höhere Zufriedenheit mit der Physiotherapie. Männer wiesen hingegen eine höhere funktionelle Mobilität, ein geringeres Schmerzniveau sowie eine kürzere Dauer chronischer Schmerzen auf.

Krafttraining war die am häufigsten angewandte physiotherapeutische Maßnahme. 96,1 % der Teilnehmenden erhielten es in unterschiedlicher Häufigkeit. Danach folgten Schmerzmanagementverfahren (88,8 %).

Es zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen der Häufigkeit / Dauer der Physiotherapiesitzungen und den gesundheitlichen Ergebnissen. Häufigere Sitzungen sowie längere Sitzungen korrelieren stärker positiv mit den Gesundheitsergebnissen.

Positive Korrelationen ergaben sich zwischen der Häufigkeit der Therapiesitzungen und der Verbesserung der Mobilität sowie der funktionellen Unabhängigkeit; und zwischen der Dauer der Therapiesitzungen und der Verbesserung der Mobilität sowie der Lebensqualität.

Zudem wurden hohe Zufriedenheitsraten mit der Physiotherapie berichtet – 72 % der Teilnehmenden waren mit Physiotherapie „(sehr) zufrieden“.

Weitere exemplarische wissenschaftliche Evidenz zu dieser These:

- **Klinische Effekte bei Arthrose:** Eine prospektive Kohortenstudie im PMC-Studienportal belegt die positiven Auswirkungen von Physiotherapie auf Schmerzen, Gelenksteifigkeit und Lebensqualität im Alter (Moya-Salazar, Olortegui-Panaifo, Contreras-Pulache, Goicochea-Palomino, & Morales-Martinez, 2025).
- **Gesundheitsökonomische Relevanz:** Untersuchungen von Physioswiss verdeutlichen, dass aktive Physiotherapie bei chronischen Volkskrankheiten nicht nur medizinisch wirksam ist, sondern auch Folgekosten senkt (Physioswiss, 2025).
- **Österreichische Daten:** Die MedUni Wien dokumentiert in einer Studie die positiven Effekte regelmäßiger körperlicher Aktivität für den Erhalt der Selbstständigkeit im Alter (MedUni Wien, 2019).

Übertragen auf Österreich ist das Potenzial physiotherapeutischer Maßnahmen bei älteren Menschen mit chronischen Krankheiten hochrelevant: Chronische Erkrankungen wie Arthrose, COPD, Diabetes und Bluthochdruck sind in der Bevölkerung ab 65 Jahren weit verbreitet, und die Zahl älterer Menschen wird in den kommenden Jahren weiter steigen (siehe Kapitel 2).

3.2.2. These 1.B: Physiotherapie hat positive Gesundheitseffekte bei Kindern mit Zerebralparese

Kinder und Jugendliche mit Zerebralparese leiden unter stärkeren Schmerzen als Gleichaltrige ohne Behinderung. Es wird zunehmend anerkannt, dass Schmerzen ein erhebliches Problem für Kinder und Jugendliche mit Zerebralparese (CP) darstellen. Mehr als 50 % der Kinder mit CP leiden täglich unter Schmerzen mittlerer bis starker Intensität an verschiedenen Körperstellen. Schmerzen beeinträchtigen in der Regel die körperliche Funktionsfähigkeit, den Schulbesuch, die tägliche Pflege, den Schlaf und die psychische Gesundheit. Chronische Schmerzen können zudem die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQOL) negativ beeinflussen und die Lebenszufriedenheit sowie die Gesundheitswahrnehmung bei CP einschränken. Darüber hinaus scheint das Leiden an

anhaltenden Schmerzen die emotionalen, sozialen und körperlichen Bereiche der HRQOL bei Kindern mit CP zu reduzieren.

Ziel der zentralen Literaturquelle, die diese These stützt, war es, die Auswirkungen von Schmerzen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die motorischen Funktionen von Kindern mit Zerebralparese aus der Sicht von medizinischem Fachpersonal zu untersuchen (Badia, Riquelme, Orgaz, & al., 2014).

Fünfunddreißig Physiotherapeutinnen und -therapeuten beurteilten Schmerzen, gesundheitsbezogene Lebensqualität und motorische Funktion bei 91 Kindern und Jugendlichen mit Zerebralparese im Alter von 8–19 Jahren.

Die Hälfte der Patientinnen und Patienten wies dabei folgende Merkmale auf: hohe motorische Funktionsstörungen (Grad IV-V) sowie mittelgradige bis schwere kognitive Beeinträchtigungen. Die Bewertungen der HRQoL durch Physiotherapie lagen innerhalb einer Standardabweichung unter dem Mittelwert (Mittelwert 50, alle T-Werte > 40), u. a. psychisches Wohlbefinden, Stimmung, Selbstwahrnehmung, Autonomie. Körperliches Wohlbefinden lag hingegen unter einer Standardabweichung, während das schulische Umfeld über einer Standardabweichung lag.

Eingeschränkte motorische Funktionen korrelierten stark mit einem geringeren körperlichen Wohlbefinden, einer geringeren Autonomie sowie einer höheren sozialen Akzeptanz. Starke Schmerzen korrelierten wiederum mit einem geringeren psychischen Wohlbefinden sowie einem schlechteren Schulumfeld.

Weitere exemplarische wissenschaftliche Evidenz zu dieser These:

- **Internationale wissenschaftliche Studien & Übersichtsarbeiten:**

- In der Metaanalyse „Rehabilitative Therapies in Cerebral Palsy“ wird die steigende Evidenz für physiotherapeutische Ansätze untersucht. Besonders wirksam zeigen sich intensives Krafttraining, Laufbandtraining mit Körpergewichtsentlastung sowie zielorientiertes Funktionstraining (Damiano, 2009).
- Das Review „Evidence-based Approach to Physical Therapy in Cerebral Palsy“ fasst mehrere systematische Studien zusammen. Es belegt, dass gezieltes Gangtraining die Gehgeschwindigkeit am effektivsten verbessert und funktionelles Training die stärkste wissenschaftliche Evidenz für den Mobilitätsgewinn liefert (Das & Ganesh, 2019).
- Die systematische Übersichtsarbeit „Effectiveness of Physiotherapy Interventions in CP Child“ zeigt, dass physiotherapeutische Hydrotherapie

(6–12 Wochen) die Spastik signifikant reduziert und die grobmotorische Funktion verbessert (Alhumaidan, Tawhari, & Aldawhn, 2024).

■ **Deutschsprachige Fachportale & Behandlungsleitfäden:**

- Eine Studie zur Intervallrehabilitation mit häuslichem Training bei Kindern mit Zerebralparese dokumentiert signifikante Erfolge bei der Verbesserung motorischer Fähigkeiten durch die Kombination aus intensiver Physiotherapie und Ganzkörpervibration (Stark, et al., 2013).
- Im Fachartikel „Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Zerebralparese“ wird beschrieben, wie individuell angepasste Physiotherapie gezielt Sekundärschäden (wie Fehlstellungen der Wirbelsäule oder Hüfte) verhindert (Wimmer & Berweck, 2018).
- Das Fachportal Physiopedia bietet im Leitfaden „Interventionen bei Zerebralparese“ eine detaillierte Aufschlüsselung. Es wird gezeigt, dass regelmäßiges, progressives Widerstandstraining die lokale Muskelausdauer und Kraft steigert, ohne – wie früher fälschlicherweise angenommen – die Spastik negativ zu verstärken (Physiopedia, 2026).

Wenn man diese Ergebnisse in einen Österreich-Kontext setzt, um zu eruieren, wie groß das Potenzial physiotherapeutischer Maßnahmen bei Kindern mit Zerebralparese ist, so zeigt sich, dass in Österreich rund 4.000 Kinder im Alter von 0–18 Jahren an Zerebralparese erkrankt sind. Dies entspricht rund einem von 500 Kindern (0,2 %). Jährlich sind davon rund 200–250 Neugeborene betroffen (Early Intervention, 2026) (siehe Tabelle 29).



Tabelle 29: Kinder mit Zerebralparese in Österreich, 2026

Prävalenz:	~ 4.000 Kinder (0-18 Jahre)
	~ 1 von 500 Kindern ist betroffen (0,2 %)
Inzidenz:	~ 200-250 Neugeborene pro Jahr

Quelle: earlyintervention.at

3.2.3. These 1.C: Physiotherapie hat positive Gesundheitseffekte bei der Entwicklung der motorischen Funktionen bei Frühgeborenen

Die technologischen Fortschritte in der Perinatalmedizin haben maßgeblich zur Verbesserung der Überlebenschancen von Frühgeborenen beigetragen. Die frühzeitige

neonatale Versorgung hat die Sterblichkeitsrate von Neugeborenen, insbesondere von Frühgeborenen und untergewichtigen Neugeborenen, gesenkt. Diese Neugeborenen weisen häufiger motorische Entwicklungsstörungen auf. Daher ist die Beurteilung der neuromotorischen Entwicklung von Frühgeborenen von großer Bedeutung, und Interventionsmaßnahmen können hilfreich sein, um die langfristige Entwicklung vorherzusagen.

Ziel der zentralen Literaturquelle, die diese These stützt, war es, die neuromotorische Entwicklung einer Gruppe von Frühgeborenen, die regelmäßig physiotherapeutisch betreut werden, mit der von termingeborenen Kindern zu vergleichen und so die Wirkung dieser Betreuung zu überprüfen (Coutinho, de Mattos Lemos, & Prates Caldeira, 2014).

Frühgeborene wurden im Vergleich zu termingeborenen Kindern 6–7 Wochen früher geboren, hatten die Hälfte des Geburtsgewichts und die Krankenhausverweildauer war etwa 5-mal höher.

In der 40. korrigierten Schwangerschaftswoche wiesen Frühgeborene anhand des Alberta Infant Motor Scale eine geringere Leistungsfähigkeit auf, 4–6 Monate später waren hingegen keine Unterschiede mehr zu verzeichnen.

Dies veranschaulicht, dass frühzeitige physiotherapeutische Intervention wichtig für die Entwicklung der motorischen Funktionen bei Risikokindern ist.

Weitere exemplarische wissenschaftliche Evidenz zu dieser These:

- **Klinische Übersichtsarbeiten & systematische Reviews:**
 - Ein aktuelles systematisches Review untersucht die Wirksamkeit von früher Physiotherapie unter Einbindung der Eltern. Es zeigt, dass individualisierte, aktive und engmaschig betreute Übungen die kurzzeitige motorische Leistung von Frühgeborenen signifikant steigern (Grammatikou, Pavlidou, Strimpakos, & Chandolias, 2026).
 - Eine umfassende Metaanalyse belegt, dass strukturierte, früh einsetzende Entwicklungsförderungsprogramme (die oft physiotherapeutische Komponenten enthalten) die körperliche und motorische Entwicklung von Babys, die vor der 37. Woche geboren wurden, effektiv verbessern (Orton, et al., 2024).
 - Eine Metastudie legt dar, dass neonatale Physiotherapie das Auftreten von motorischen Entwicklungsverzögerungen bei Kindern mit sehr geringem Geburtsgewicht messbar verringern kann (Fernández, Gómez, & Pérez, 2012).
- **Fachartikel und Praxisberichte aus der Physiotherapie:**

- Der Übersichtsartikel „Physiotherapie bei Frühchen“ beschreibt detailliert die Mechanismen. Unterstütztes und passives Bewegen sowie taktile Stimulation fördern das muskuloskelettale System und stärken die Muskeln gegen die Schwerkraft (Bratka, 2022).
- Eine aktuelle randomisierte kontrollierte Studie evaluiert neuroentwicklungsphysiologische Physiotherapie in Kombination mit Hydrotherapie (Baby-Spa). Beide Ansätze führten zu signifikanten Verbesserungen der motorischen Entwicklung (gemessen via Alberta Infant Motor Scale) und der neurologischen Reifung (Azim, 2026).
- **Studien zu Langzeiteffekten und kognitiven Verknüpfungen (Entwicklungskaskaden):**
 - Forschende der Universität Basel wiesen nach, dass die motorische Geschicklichkeit von Frühgeborenen direkt mit ihrer späteren kognitiven Leistungsfähigkeit (z. B. der Impulskontrolle im Schulalter) zusammenhängt. Ein gezieltes Motoriktraining im Kleinkindalter gleicht diese Defizite nachweislich aus (Ludyga, et al., 2021).
 - Eine laufende Vergleichsstudie untersucht intensiv die frühkindliche Bewegungsvielfalt, um langfristige Bewegungsbeeinträchtigungen durch extrem frühe physiotherapeutische Interventionen zu minimieren (BfArM, 2022).

Wenn man diese Ergebnisse in den österreichischen Kontext setzt, um zu eruieren, wie groß das Potenzial physiotherapeutischer Maßnahmen bei der Entwicklung der motorischen Funktionen bei Frühgeborenen ist, so zeigt sich, dass es in Österreich im Jahr 2025 4.946 Frühgeburten gab. Dies entspricht 6,6 % der Lebendgeburten (Statistik Austria, 2025). Wie viele dieser Frühgeborenen eine motorische Entwicklungsstörung entwickeln, hängt extrem stark vom Geburtsgewicht und der Schwangerschaftswoche ab. Bei extrem Frühgeborenen (unter 1.000 g Geburtsgewicht / vor der 28. SSW) ist das Risiko mit rund einem Drittel am höchsten, im Verlaufe der Kindheit relevante bis mittelschwere Entwicklungsstörungen zu entwickeln (Larroque, et al., 2004; Ancel & Goffinet, 2014).



Tabelle 30: Frühgeburten in Österreich, 2025

Frühgeburten 2025 **4.946**
 (6,6 % der Lebendgeburten)

Quelle: Statistik Austria, Geburten 2025

3.2.4. Evidenzbilanz (Ebene 1)

Die drei Thesen decken den gesamten Altersbogen ab und zeigen von der Frühgeburt bis ins hohe Erwachsenenalter ein konsistentes Bild: Physiotherapie zeigt positive Wirkungen in sämtlichen Lebensphasen und unterschiedlichen Zielgruppen. Das größte Potenzial liegt in der gestützten These 1.A: Chronische Erkrankungen sind unter älteren Menschen in Österreich weit verbreitet, womit diese Zielgruppe angesichts der demografischen Alterung hochrelevant ist. Die beiden anderen gestützten Thesen betreffen zwar kleinere, aber hochvulnerable Gruppen, bei denen frühzeitige physiotherapeutische Intervention die weitere Entwicklung beeinflusst (Tabelle 31).



Tabelle 31: Evidenzbilanz (Ebene 1)

These	AT-Potenzial	Evidenzgrad
<i>These 1.A – Ältere Menschen mit chronischen Krankheiten</i>	hochrelevant (große, wachsende Zielgruppe)	gestützt
<i>These 1.B – Kinder mit Zerebralparese</i>	ca. 4.000 Kinder (0–18 Jahre)	gestützt
<i>These 1.C – Motorische Entwicklung bei Frühgeborenen</i>	6,6 % der Lebendgeburten	gestützt

Quelle: **Economica: eigene Darstellung.**

3.3. Wirkungsebene 2: Faktoren individueller Lebensweisen

Ebene 2 des Dahlgren-Whitehead-Modells umfasst die Faktoren individueller Lebensweisen: Ernährung, Bewegung, Substanzgebrauch sowie Wissen und Einstellungen. Im Mittelpunkt steht der Einfluss des eigenen Verhaltens auf die eigene Gesundheit; wie soziale Netzwerke dieses Verhalten prägen, wird in Ebene 3 behandelt. Physiotherapie ist auf dieser Ebene besonders relevant, weil Bewegung ihr zentrales Therapiemittel ist und sie Menschen häufig über längere Behandlungsserien begleitet. Als theoretischer Rahmen dient das COM-B-Modell, wonach Verhalten aus dem Zusammenspiel von Fähigkeit, Gelegenheit und Motivation entsteht (Michie, van Stralen & West, 2011).

Der Handlungsbedarf in Österreich ist erheblich. Rund 1,2 Mio. Menschen ab 15 Jahren sind adipös, nur 26,0 % der Männer und 21,1 % der Frauen im Alter von 18 bis 64 Jahren erfüllen die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation, und 23,5 % der Männer sowie 17,8 % der Frauen rauchen täglich. Adipositas, Bewegungsmangel und Rauchen folgen dabei einem deutlichen Bildungs- und Einkommensgradienten (Klimont & Prammer-Waldhör, 2020).

Vor diesem Hintergrund werden drei Thesen zur Relevanz der Physiotherapie für die individuelle Lebensweise geprüft:

These 2.A: Physiotherapeutisch geleitete Gesundheitsförderung verbessert Bewegungsverhalten und metabolische Risikofaktoren

These 2.B: Physiotherapie kann zu einer Reduktion von gesundheitsschädlichem Substanzgebrauch beitragen

These 2.C: Physiotherapie fördert die Therapieadhärenz durch spezifische Verhaltensänderungstechniken

3.3.1. These 2.A: Physiotherapeutisch geleitete Gesundheitsförderung verbessert Bewegungsverhalten und metabolische Risikofaktoren

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erreichen in der Primärversorgung viele Menschen mit metabolischen Risikofaktoren. In einer australischen Querschnittsstudie wies mehr als ein Drittel der Patientinnen und Patienten physiotherapeutischer Privatpraxen ein metabolisches Syndrom auf, meist ohne Diagnose (Mastwyk et al., 2024). Eine systematische Übersichtsarbeit mit 25 Studien und 3.619 Teilnehmenden zeigt, dass physiotherapeutisch geleitete Gesundheitsförderung in der Primärversorgung den Taillenumfang um durchschnittlich 2,4 cm, den diastolischen Blutdruck um 2,3 mmHg und den Nüchternblutzucker um 0,18 mmol/l senkt und die körperliche Aktivität leicht steigert (Mastwyk et al., 2026).⁷ Die Sicherheit dieser Befunde ist moderat bis hoch. Beim systolischen Blutdruck und beim HDL-Cholesterin zeigten sich keine Effekte. Die Effekte sind klein, nach Einschätzung der Autorinnen und Autoren aber klinisch bedeutsam; die Senkung des diastolischen Blutdrucks entspricht einer Größenordnung, die auch medikamentös erreicht wird.

⁷ Die Übersichtsarbeit weist für die Triglyceride zwei unterschiedliche Werte aus: im Ergebnisteil eine Reduktion um 0,18 mmol/l (95-%-KI -0,36 bis 0,00; vier Studien), in der GRADE-Tabelle um 0,13 mmol/l (95-%-KI -0,28 bis 0,01; drei Studien). Da beide Konfidenzintervalle die Null berühren beziehungsweise einschließen, wird der Effekt auf die Triglyceride hier nicht als gesicherter Befund ausgewiesen.

Einschränkend ist festzuhalten, dass Physiotherapie in einem Teil der Studien Bestandteil multiprofessioneller Programme war, meist gemeinsam mit Diätologinnen und Diätologen. Der Effekt ist daher nicht vollständig der Physiotherapie zuzurechnen, wenngleich die Bewegungskomponente in allen Studien physiotherapeutisch geleitet wurde. Zudem erfüllte weniger als die Hälfte der eingeschlossenen Studien mehr als die Hälfte der methodischen Qualitätskriterien (Mastwyk et al., 2026). Für Österreich ist der Bedarf klar gegeben: Rund 1,2 Mio. Menschen ab 15 Jahren sind adipös (Klimont & Prammer-Waldhör, 2020). Österreichische Daten zur Prävalenz des metabolischen Syndroms liegen nicht vor.

3.3.2. These 2.B: Physiotherapie kann zu einer Reduktion von gesundheitsschädlichem Substanzgebrauch beitragen

Ob Physiotherapie zur Reduktion gesundheitsschädlichen Substanzgebrauchs beiträgt, ist bislang nur in Ansätzen belegt. Am konsistentesten sind die Hinweise bei Schmerzmitteln. In einer US-amerikanischen Auswertung von Versicherungsdaten mit knapp 89.000 Personen war ein früher Beginn von Physiotherapie nach einer neuen muskuloskelettalen Schmerzdiagnose mit einer um etwa 7 bis 16 % geringeren Chance auf späteren Opioidgebrauch verbunden (Sun et al., 2018). Eine Übersichtsarbeit über 30 Studien bestätigt dieses Muster für frühe Physiotherapie, fand jedoch keinen zusätzlichen Effekt leitliniengerechter Versorgung und keinen Vorteil von Physiotherapie in der Notaufnahme; die Hälfte der eingeschlossenen Studien wies nur mittlere oder geringe methodische Qualität auf, zwei Drittel waren retrospektiv angelegt (Brown-Taylor et al., 2021). Eine Auswertung von Medicare-Daten älterer Menschen mit anhaltenden Muskel-Skelett-Schmerzen zeigt ein gemischtes Bild: Bei Personen mit Opioidverordnung ging frühe Physiotherapie mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit langfristigen Gebrauchs, zugleich aber mit einer höheren Wahrscheinlichkeit hoher Tagesdosen einher (Karmali et al., 2020). Eine Einzelzentrumsstudie bei chronischem Kreuzschmerz fand unter einem PT-First-Ansatz eine klinisch relevante Funktionsverbesserung und deutlich weniger Therapieabbrüche, aber keine statistisch gesicherte Reduktion des Opioidgebrauchs (Martin et al., 2020). Alle diese Studien sind Beobachtungsstudien und erlauben keine kausalen Schlüsse.

Für Bewegung als Begleittherapie bei Substanzabhängigkeit liegt eine breite, aber methodisch schwache Studienlage vor. Eine Übersicht über 18 systematische Reviews mit 103 Studien bewertete 16 davon als methodisch kritisch schwach und sah sich deshalb außerstande, klinische Empfehlungen abzuleiten (Martinez-Calderon et al., 2023). Die Befunde sind zudem uneinheitlich. Bei Rauchenden verringert Bewegung kurzfristig das Rauchverlangen und erhöht die Abstinenz am Ende der Intervention; dieser Effekt bleibt jedoch nicht erhalten, und die einzige hochwertige Übersichtsarbeit, ein Cochrane-Review

mit 21 Studien und 6.607 Teilnehmenden, fand keinen Beleg für eine höhere Abstinenz nach sechs Monaten oder später (Ussher et al., 2019). Bei Alkoholabhängigkeit zeigten sich keine Effekte auf die tägliche Trinkmenge und widersprüchliche Ergebnisse für die wöchentliche; bei anderen Drogen wurden nur psychische Begleitsymptome wie Angst und Depression untersucht, nicht der Konsum selbst. Die Studien beziehen sich überdies auf Bewegungsprogramme allgemein, darunter Yoga, Tai Chi und Qigong, und nicht spezifisch auf Physiotherapie.

Das Potenzial der Physiotherapie in der Rauchentwöhnung wird zwar beschrieben, in der Praxis spielt sie bislang kaum eine Rolle (Darabseh et al., 2023). Für Österreich ist die Relevanz dennoch hoch: Rund 1,5 Mio. Menschen ab 15 Jahren rauchen täglich, Personen mit niedriger Bildung deutlich häufiger als höher Gebildete (Klimont & Prammer-Waldhör, 2020).

3.3.3. These 2.C: Physiotherapie fördert die Therapieadhärenz durch spezifische Verhaltensänderungstechniken

Der Nutzen der Bewegungstherapie hängt wesentlich davon ab, ob Patientinnen und Patienten Übungen und Empfehlungen umsetzen. Eine an der FH Campus Wien erstellte Übersichtsarbeit über 19 systematische Reviews mit 205 randomisierten Studien zeigt, dass gezielte Zusatzinterventionen die Therapietreue steigern (Ley & Putz, 2024). Booster-Sitzungen, Verhaltensänderungstechniken, Zielsetzung und motivationale Interventionen erzielten gemeinsam einen kleinen, aber konsistenten Effekt. Moderate Evidenz besteht insbesondere für Booster-Sitzungen, Supervision und stufenweise gesteigerte bewegungstherapeutische Programme; die Kombination mehrerer Techniken wirkt stärker als einzelne.

Die Belege beziehen sich allerdings überwiegend auf kurz- bis mittelfristige Effekte, und die Sicherheit der zugrunde liegenden Evidenz ist niedrig. Eine weitere systematische Übersichtsarbeit zu Arthrose und chronischem Kreuzschmerz fand keine ausreichende Evidenz dafür, dass Zusatzinterventionen die Adhärenz langfristig sichern (Burke et al., 2024). Für Österreich ist dieser Punkt besonders relevant, zumal rund 1,9 Mio. Personen ab 15 Jahren an chronischen Kreuzschmerzen leiden (Statistik Austria, 2020): In einer Befragung mit Fokus auf Wahltherapeutinnen und -therapeuten gaben knapp drei Viertel an, dass höchstens ein Viertel ihrer Patientinnen und Patienten mehr als 30 Einheiten pro Jahr erhält (Gesundheit Österreich GmbH, 2024). Die Versorgung ist also überwiegend episodisch organisiert. Umso wichtiger ist, dass die in der Bewegungstherapie erlernten Übungen danach selbstständig fortgeführt werden; wie dies dauerhaft gelingt, ist noch unzureichend erforscht.

3.3.4. Evidenzbilanz (Ebene 2)

Die Evidenzbilanz der Ebene 2 fällt differenziert aus. Am besten belegt ist, dass physiotherapeutisch geleitete Gesundheitsförderung metabolische Risikofaktoren und das Bewegungsverhalten verbessert. Die Effekte sind klein, aber mit moderater bis hoher Sicherheit nachgewiesen; der Anteil der Physiotherapie ist in multiprofessionellen Programmen allerdings nicht isolierbar. Gestützt ist zudem, dass spezifische Verhaltensänderungstechniken die Therapieadhärenz kurz- bis mittelfristig verbessern, während Belege für die langfristige Aufrechterhaltung fehlen. Für eine Reduktion gesundheitsschädlichen Substanzgebrauchs liegen nur erste Hinweise vor: Die Befunde stammen überwiegend aus Beobachtungsstudien und aus allgemeinen Bewegungsprogrammen, und bei der Rauchentwöhnung spricht eine Cochrane-Übersichtsarbeit gegen einen Zusatznutzen. Übergreifend gilt, dass die Wirksamkeitsevidenz fast ausschließlich international ist. Österreichische Daten belegen den Bedarf, etwa bei Adipositas, Bewegungsmangel, Rauchen und chronischem Kreuzschmerz, nicht aber die Wirkung selbst.



Tabelle 32: Evidenzbilanz (Ebene 2)

These	AT-Potenzial	Evidenzgrad
<i>These 2.A – Bewegung & metabolische Gesundheit</i>	1,2 Mio. Adipöse ab 15 Jahren	Gut gestützt
<i>These 2.B – Reduktion von Substanzgebrauch</i>	1,9 Mio. mit chronischem Kreuzschmerz (ATHIS 2019); 1,5 Mio. Rauchende	Erste Hinweise
<i>These 2.C – Therapieadhärenz</i>	1,9 Mio. mit chronischem Kreuzschmerz (ATHIS 2019)	Gestützt

Quelle: *Economica*: eigene Darstellung.

3.4. Wirkungsebene 3: Soziale und kommunale Netzwerke

In Ebene 3 werden soziale und kommunale Netzwerke behandelt. Dazu zählen Familie, Peers, Gemeinschaft und Versorgungsstrukturen. Die theoretische Grundlage bildet neben dem Dahlgren-Whitehead-Modell auch das Werk „Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten“ (Klärner, et al., 2020), das soziale Unterstützung in drei Formen unterscheidet: emotional, instrumentell und informationell. Alle diese Formen der Unterstützung können von Physiotherapeutinnen und -therapeuten geleistet werden. Das komplexe Thema wird in vier Wirkmechanismen sozialer Netzwerke gegliedert:

- Soziale Unterstützung
- Soziale Integration
- Sozialer Einfluss
- Soziale Ansteckung

Alle diese Mechanismen wirken entlang der sozialen Einheiten, die nach einer eskalierenden Wirkungslogik von der kleinsten sozialen Einheit zur größten dargestellt werden. Sie beginnt mit der therapeutischen Dyade, setzt sich über Familie und informelle Netzwerke sowie Gruppen und Peers fort und endet bei Community und Primärversorgung. Für jede dieser Ebenen werden drei Thesen formuliert.

Therapeutische Dyade und soziale Unterstützung

Die kleinste soziale Einheit ist die therapeutische Beziehung zwischen Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut und Patientin oder Patient. Dabei geht es um die sozialen Aspekte („weiche Faktoren“), die abseits der Therapie selbst („harte Faktoren“) stehen. Folgende Thesen werden geprüft:

These 3.A: Die therapeutische Allianz wirkt eigenständig auf klinische Outcomes

These 3.B: Soziale Unterstützung verbessert die Rehabilitationsadhärenz

These 3.C: Der Zugang zu Physiotherapie folgt einem sozialen Gradienten

3.4.1. These 3.A: Die therapeutische Allianz wirkt eigenständig auf klinische Outcomes

Die These wird von drei Studien unabhängig voneinander gestützt. In einer prospektiven Kohortenstudie mit 960 Patientinnen und Patienten in Großbritannien mit Rückenschmerzen war die therapeutische Allianz der stärkste Einzelprädiktor für Behinderungsreduktion. Jeder zusätzliche Punkt auf der Allianzskala entsprach -2,33 Punkten auf dem Behinderungsscore, was über eine gestärkte Selbstwirksamkeit erreicht wurde. Dieser Effekt war bedeutsamer als die Art der angewandten Technik oder die Behandelndengruppe (Bishop, et al., 2021). Eine Metaanalyse mit 60 Stichproben und 6.061 Personen zeigt, dass die Korrelation zwischen Allianz und Outcome ($r = 0,23-0,31$) auch nach Kontrolle für Ausgangslage, Behandlungskompetenz und Adhärenz stabil bleibt (Flückiger, et al., 2020). Ein systematisches Review zu sieben Studien bei chronischen muskuloskelettalen Schmerzen fand, dass Physiotherapie mit aktiv verbesserter Allianz eine Schmerzreduktion von -54,5 % erzielte, in Kombination mit aktiver Intervention sogar von -77,4 %, während Physiotherapie ohne Allianzfokus auf -45,6 % kam (Kinney, et al., 2020).

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2019 leiden rund 26 % der Bevölkerung ab 15 Jahren (rund 1,9 Mio. Personen) an chronischen Kreuzschmerzen und rund 1,4 Mio. Personen an chronischen Nackenschmerzen (Statistik Austria, 2020).

3.4.2. These 3.B: Soziale Unterstützung verbessert die Rehabilitationsadhärenz

Soziale Unterstützung verbessert die Medikamentenadhärenz direkt und indirekt über Gesundheitskompetenz. Das konnten Guo, et al. (2023) bei 1.697 Hypertonie-Patientinnen und -Patienten zeigen, unter denen 38,5 % eine schlechte Medikamentenadhärenz aufwiesen. Die Studie empfiehlt die systematische Anwendung von sozialer Unterstützung und Vermittlung von Gesundheitskompetenz. Eine weitere Studie zeigt, dass auch die häusliche Übungsadhärenz bei Herzinsuffizienz-Reha (226 Personen) durch soziale Unterstützung in der Physiotherapie direkt gestärkt wird (Yang, et al., 2024). Als indirekte Kanäle werden auch eine reduzierte Bewegungsangst und eine gestärkte Selbstwirksamkeit genannt, wobei eine besondere Wirksamkeit erreicht wurde, wenn ein eng verbundenes Netzwerk aus Mitbetroffenen vorlag. Bei 266 Personen mit Knieendoprothese korrelierte bidirektionale soziale Unterstützung (d. h. auch aktives Geben, nicht nur Empfangen) stark mit der Rehabilitationsadhärenz ($r = 0,615$) (Li, et al., 2025).

Etwa 22 % der Österreicherinnen und Österreicher ab 15 Jahren sind von Hypertonie (Bluthochdruck) betroffen. Das entspricht einem Personenkreis von etwa 1,6 Mio. Menschen. Herzinsuffizienz liegt laut Pensionsversicherungsanstalt (2026) bei bis zu 300.000 Personen in Österreich vor, während laut Türk et al., (2018) jährlich rund 18.000 Knieendoprothesen implantiert werden.

3.4.3. These 3.C: Der Zugang zu Physiotherapie folgt einem sozialen Gradienten

Eine Querschnittsanalyse auf Basis des European Health Interview Survey (257.388 Erwachsene aus 27 EU-Ländern, davon 14.606 aus Österreich) zeigt, dass Frauen in der EU signifikant häufiger Physiotherapie in Anspruch nehmen als Männer (Odds-Ratio 1,40). Dieses Muster ist über die Länder und Diagnosegruppen hinweg stabil (Golinelli, et al., 2025). Weitere Faktoren, die in Zusammenhang mit dem Zugang zur Physiotherapie stehen, haben Cogollos-de-la-Peña, et al., (2024) identifiziert. Bei 2.235 Brustkrebs-Patientinnen in Spanien nahm trotz funktioneller Einschränkungen nur rund ein Fünftel Physiotherapie in Anspruch, wobei sich die Nutzungswahrscheinlichkeit bei Personen mit Hochschulabschluss verdoppelte. Eine weitere Erhöhung der Wahrscheinlichkeit wurde bei Privatversicherten festgestellt. Ein narratives Review zu Rückenschmerzen in Nordamerika fand, dass Frauen zwar häufiger professionelle Unterstützung suchen, Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status jedoch häufiger nicht-

leitlinienkonforme Behandlung statt Physiotherapie erhalten (Mathieu, et al., 2024). Die These gilt, mit direktem österreichischem Anker, als gut gestützt.

Familie und informelle Netzwerke

Familie und informelle Pflegepersonen werden oft auf die Rolle passiver Begleiterinnen bzw. Begleiter reduziert, stellen jedoch eine bedeutende Ressource, speziell im Rehabilitationsprozess, dar. Hinzu kommt, dass die Gesundheit der Begleitpersonen ebenso belastet werden kann. Aus diesen Überlegungen werden die nachfolgenden Thesen aufgestellt.

These 3.D: Die Einbindung von Angehörigen verbessert funktionelle Outcomes

These 3.E: Pflegebelastung ist wirtschaftlich und gesellschaftlich hoch bedeutsam

These 3.F: Physiotherapeutinnen und -therapeuten übernehmen eine Coaching-Rolle für Angehörige

3.4.4. These 3.D: Die Einbindung von Angehörigen verbessert funktionelle Outcomes

In einer australischen Pilotstudie wurden Angehörige von Personen mit Multimorbidität über vier Wochen von Physiotherapeutinnen und -therapeuten geschult (angeboten wurden wöchentliche 60-minütige Termine, tatsächlich in Anspruch genommen wurden im Schnitt rund 130 Minuten) (Lawler, Shields, & Taylor, 2019). Daraufhin übernahm die Familie rund 15 zusätzliche Therapieeinheiten (insgesamt im Schnitt 226 Minuten). Als Resultat stieg die Schrittzahl um 944 pro Tag (+95 %) sowie der Barthel-Index um 21,5 Punkte, ohne dass die Belastung der Angehörigen zunahm. Auch App-gestütztes Coaching für Angehörige von Schlaganfallpatientinnen und -patienten (63 Personen) steigerte die Übungszeit um 1.000 Minuten in acht Wochen, verkürzte den Krankenhausaufenthalt um neun Tage und senkte Rehospitalisierungen (Van Den Berg, et al., 2016). Zu einem weiteren, die These stützenden Ergebnis kam eine taiwanesishe Studie mit 98 Personen mit chronischem Schlaganfall. Eine zwölfwöchige angehörigenvermittelte Heimintervention verbesserte die Mobilität, das Gleichgewicht, die Gehgeschwindigkeit und die Alltagsfunktion signifikant. Auch in dieser Studie wurde bei den Pflegenden keine erhöhte Belastung festgestellt (Wang, et al., 2015).

In Österreich erleiden laut Österreichischer Schlaganfall-Gesellschaft pro Jahr mehr als 20.000 Personen einen Schlaganfall. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird mit

einer Zunahme gerechnet, für Wien etwa um bis zu 20 % bis 2035.⁸ Die Einbindung von Angehörigen ist jedoch nicht auf Schlaganfälle begrenzt, auch wenn sie dort häufig notwendig wird und besser untersucht ist.

3.4.5. These 3.E: Pflegebelastung ist wirtschaftlich und gesellschaftlich hoch bedeutsam

Durch die Pflegebelastung können gesellschaftliche Kosten entstehen, denen ein Wert gegenübergestellt werden kann. Elayan, Angelini, Buskens, & de Boer (2024) schätzen die direkten (Zeit und Geld) und indirekten (Produktivität) Kosten für informelle Pflege in den Niederlanden. Sie kommen auf jährliche Kosten von 2,15–3,71 % des BIP. Auf Österreich umgelegt entspräche das 11–19 Mrd. € für das Jahr 2025 (Statistik Austria). Eine Analyse auf Basis der europäischen SHARE-Daten mit direktem österreichischem Anteil beziffert den gesellschaftlichen Wert einer Pflegestunde auf rund 7,78 € (Costa-Font & Vilaplana-Prieto, 2025). Die Belastung, die dabei auf die Pflegenden fällt, ist demnach signifikant. Ein systematisches Review weist aber darauf hin, dass physische und psychische Pflegebelastung etwa durch strukturierte Bewegungsprogramme (erhöhte physische Aktivität, Entspannung und Selbstfürsorge) reduziert werden kann (Cardoso, Lumini, & Martins, 2025). In einem Teil der Studien wurden diese Programme direkt von Physiotherapeutinnen und -therapeuten geleitet.

In Österreich sind laut der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger knapp 950.000 Personen auf irgendeine Art und Weise in informelle Pflege von Angehörigen involviert.⁹ Die Belastung durch informelle Pflege ist daher von großer Bedeutung.

3.4.6. These 3.F: Physiotherapeutinnen und -therapeuten übernehmen eine Coaching-Rolle für Angehörige

Diese These wird größtenteils durch bereits genannte Studien bestätigt. Die Studien von Lawler, Shields, & Taylor (2019), Van Den Berg, et al. (2016) und Cardoso, Lumini, & Martins (2025) zeigen, dass strukturiertes physiotherapeutisches Coaching messbare Effekte erzielt. Im Fall Lawler, Shields, & Taylor (2019) führten 130 Minuten Coaching zu 226 Minuten generierter Therapiezeit durch Angehörige. Bei Kindern mit Zerebralparese zeigten Eltern mit physiotherapeutischer Kompetenzstärkung eine signifikant höhere Therapieadhärenz. Die Qualität der therapeutischen Beziehung zur Physiotherapeutin

⁸ Österreichische Schlaganfall-Gesellschaft: <https://ögsf.at/zahlen-und-fakten/>

⁹ IG Pflege: <https://www.ig-pflege.at/hintergrund/datenundfakten.php>

bzw. zum Physiotherapeuten war dabei der einflussreichste modifizierbare Adhärenzfaktor (Niyonsenga, et al., 2024).

Da die Anzahl der informellen Pflegepersonen in Österreich sehr hoch ist, fällt der Physiotherapie damit ein wesentlicher Coaching-Auftrag zu.

Gruppe und Peers

Gruppentherapie wird häufig unter Kosten- und Kapazitätsgesichtspunkten diskutiert, hat aber auch einen eigenständigen sozialen Mehrwert. Die folgenden Thesen werden deshalb überprüft.

These 3.G: Gruppenphysiotherapie ist klinisch gleichwertig und kostengünstiger

These 3.H: Gruppenformate erzeugen eigenständigen sozialen Mehrwert

These 3.I: Gruppenphysiotherapie beugt sozialer Isolation vor

3.4.7. These 3.G: Gruppenphysiotherapie ist klinisch gleichwertig und kostengünstiger

Hinsichtlich der Wirksamkeit von Einzel- und Gruppentherapie bei chronischen Rückenschmerzen konnte ein systematisches Review keine klinisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Therapieformen finden. Es wurden sogar eher leichte Langzeitvorteile für die Gruppe gefunden (O'Keeffe, Hayes, McCreesh, Purtill, & O'Sullivan, 2017). Eine Sekundäranalyse einer randomisierten kontrollierten Studie zu Schulterbeschwerden in Großbritannien bestätigte die klinische Äquivalenz bei rund 168 Pfund niedrigeren Kosten pro Patientin bzw. Patient (Ryans, et al., 2020). Zusätzliche Evidenz zur Wirksamkeit von Gruppenformaten liefert die BOOST-Studie, eine randomisierte kontrollierte Studie mit 438 älteren Menschen mit neurogener Klaudikation (spinalkanalstenosebedingten Gehbeschwerden). Eine physiotherapeutisch geleitete Gruppenintervention (12 Wochen, wöchentliche 90-minütige Gruppensitzungen) reduzierte das Sturzrisiko gegenüber physiotherapeutischer Einzelberatung um rund 40 % (Odds Ratio 0,6) und verbesserte zusätzlich die Gehstrecke signifikant (Williamson, et al., 2022).

Im Jahr 2025 endeten laut Kuratorium für Verkehrssicherheit 266.100 Personen ab 65 Jahren in Österreich nach einem Sturz im Krankenhaus.¹⁰ Laut Hilfswerk Österreich fehlt

¹⁰KfV: <https://www.kfv.at/seniorenunfallbilanz-266-000-verletzte-zeigen-grosses-praeventionspotenzial/>

es häufig an ausreichender geriatrischer Prävention, Übergangspflege und Rehabilitation.¹¹ Diese Versorgungslücke kann über die Gruppentherapie adressiert werden.

3.4.8. These 3.H: Gruppenformate erzeugen eigenständigen sozialen Mehrwert

Ein systematisches Review zu gemeindebasierten Gruppen-Bewegungsprogrammen für ältere Menschen (u. a. Ausdauer-, Balance- und Koordinationstraining) fand eine Langzeitadhärenz von 69,1 %, gegenüber rund 50 % bei Bewegungsprogrammen allgemein. In allen fünf eingeschlossenen qualitativen Studien war soziale Verbundenheit, nicht die fachliche Anleitung selbst, der dominante Adhärenztreiber (Farrance, Tsofliou, & Clark, 2016). Eine dänische Mixed-Methods-Studie zu gruppenorganisierter Physiotherapie bei 52 Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen zeigt, dass Peer-Anerkennung leistet, was Familie und Einzeltherapie nicht können. Die Studie zeigt, dass ein Verstehen aus geteilter Erfahrung die Motivation und Adhärenz zur Gruppentherapie eigenständig stärkt („ein Ort, an dem man sich nicht erklären muss“) (Lindahl, Madsen, & Dresner, 2022). Bei Parkinson-Betroffenen verschob sich der soziale Vergleich in der Gruppe von Bedrohung zu Inspiration. Die Gruppe wirkte als Schutzraum gegen Stigmatisierung und förderte die gegenseitige Bestärkung (Sheehy, McDonough, & Zauber, 2017).

Gemeindebasierte und gruppentherapeutische Ansätze sind auch für viele chronische Erkrankungen mit hoher Prävalenz relevant. Die Physiotherapie kann mit eigenen Gruppenformaten und Coaching dazu beitragen, während die Kostenbelastung pro Kopf gegenüber der Einzeltherapie tendenziell geringer ist.

3.4.9. These 3.I: Gruppenphysiotherapie beugt sozialer Isolation vor

Soziale Isolation ist ein eigenständiger Gesundheitsrisikofaktor. Wie ein systematisches Review festhält, steigen bei sozialer Isolation die Gesamtmortalität, das kardiovaskuläre Risiko sowie das Depressions- und Demenzrisiko (Leigh-Hunt, et al., 2017). Für die Prävention ist die Art der Bewegungseinbindung entscheidend, wie vier von fünf Studien zeigen (Tcymbal, et al., 2022). Programme, die Bewegung mit sozialer Einbindung kombinieren, verbesserten gegenüber reinen Bewegungsangeboten ohne sozialen Rahmen die soziale Teilhabe und auch die körperliche Fitness. Dass dieser soziale Rahmen dauerhaft bestehen muss, zeigt eine Studie zu gemeinschaftsbasierten Angeboten. Die

¹¹ Hilfswerk: <https://www.hilfswerk.at/oesterreich/artikel-detail/news/milliardenschwere-stolperfalle-wie-oesterreich-durch-falsch-verstandene-praevention-den-pflegeaufwand-vervielfacht/>

Teilnahme verbesserte die Lebensqualität in allen vier WHOQOL-Domänen¹², ein Abbruch der Teilnahme kehrte die Effekte jedoch wieder um (Munford, Panagioti, Bower, & Skevington, 2020).

Die zugrunde liegenden Studien untersuchen allerdings bewegungs- und gemeinschaftsbasierte Programme allgemein, nicht spezifisch physiotherapeutisch geleitete Gruppen. Gruppenphysiotherapie erscheint dennoch als übertragbare Public-Health-Intervention mit Potenzial über den rein therapeutischen Auftrag hinaus.

Community und Primärversorgung

Physiotherapie findet in Österreich überwiegend im ambulanten Einzelsetting nach ärztlicher Überweisung statt. Drei Thesen prüfen das Potenzial von Physiotherapie in Primärversorgung und Community-Settings.

These 3.J: Physiotherapie in der Primärversorgung ist wirksam, sicher und systemökonomisch überlegen

These 3.K: Social Prescribing und Exercise Referral verbinden Physiotherapie mit sozialen Determinanten

These 3.L: Das österreichische Primärversorgungssystem bietet strukturelle Anknüpfungspunkte für Physiotherapie

3.4.10. These 3.J: Physiotherapie in der Primärversorgung ist wirksam, sicher und systemökonomisch überlegen

International setzt sich zunehmend das Modell des direkten Zugangs zur Physiotherapie durch. Der bislang breiteste Evidenzüberblick zu diesem Direktzugang-Modell (21 Studien, n = 90.401, muskuloskelettale Beschwerden) zeigt gegenüber der klassischen, arztgesteuerten Versorgung 10–30 % weniger Arztbesuche, 50–85 % weniger Schmerzmittelverordnungen und 30–76 % weniger bildgebende Diagnostik, während die Kosteneinsparungen substanziell sein können (mehrere hundert Euro pro Person, je nach Kontext) (Fischer, Bui, Besombes, & François, 2026). Ein Beispiel aus der Toskana zeigt, wie ein regionales Programm umgesetzt wurde. Es wurde ein wohnortnahes Community-Physiotherapie-Modell eingeführt, bei dem Physiotherapeutinnen und -therapeuten direkt in der Primärversorgung verankert sind und Patientinnen und Patienten mit kurzer

¹² WHOQOL: WHO-Instrument zur Messung subjektiver Lebensqualität in vier Domänen – körperliche Gesundheit, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen, Umwelt.

Wartezeit und überwiegend zuhause behandelt werden. Die Zielerreichung lag damit bei 77–79,5 %, wobei über 90 % der Interventionen im häuslichen Umfeld stattfanden und nur ein kleiner Teil ambulant oder stationär behandelt werden musste (Da Ros, et al., 2022) (Paci, Bianchi, Buonandi, Rosiello, & Moretti, 2023). Einen ähnlichen Ansatz verfolgt Großbritannien mit dem „First Contact Physiotherapist“-Modell (FCP): Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind dort direkt in Hausarztpraxen integriert und behandeln Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden als erste fachliche Anlaufstelle, noch vor ärztlicher Konsultation. Eine vierjährige Evaluation dieses Modells (n = 12.185) zeigt, dass 86,4 % der Fälle vollständig in der Primärversorgung – also ohne fachärztliche Weiterbehandlung – gelöst werden konnten. Die Überweisungsquote an die Orthopädie sank im Beobachtungszeitraum von 9 % auf 3 % (Henning, Henning, & Gethin, 2024).

3.4.11. These 3.K: Social Prescribing und Exercise Referral verbinden Physiotherapie mit sozialen Determinanten

Unter „Social Prescribing“ versteht man die ärztliche oder fachliche Vermittlung an nicht-medizinische, gemeinwesenbasierte Angebote (Bewegungs-, Natur- oder soziale Aktivitätsprogramme), während „Exercise Referral“ konkret die strukturierte Überweisung an ein betreutes Bewegungsprogramm bezeichnet. In einer spanischen RCT steigerte ein Exercise-Referral-Programm mit sozialer Unterstützung die körperliche Aktivität nach 15 Monaten signifikant, wobei soziale Unterstützung der entscheidende Langzeitfaktor war (Martín-Borràs, et al., 2018). Eine Metaanalyse zu „Nature Prescriptions“ zeigt signifikante Verbesserungen von Blutdruck, Depression und Angst sowie eine spürbare Zunahme der täglichen Schrittzahl (Nguyen, Astell-Burt, Rahimi-Ardabili, & Feng, 2023). Exercise-Referral-Programme in England erreichen beim Einstieg auch benachteiligte Gruppen, wobei die Abschlussquoten bei psychischen Indikationen, Adipositas und sozialer Deprivation sinken (Oliver, Dodd-Reynolds, Kasim, & Vallis, 2021).

Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind durch ihre Bewegungsexpertise und ihre ohnehin patientennahe Rolle prädestiniert, solche Programme fachlich zu begleiten oder selbst als Anlaufstelle für die Zuweisung zu fungieren, auch wenn die Studien Exercise-Referral- bzw. Social-Prescribing-Programme allgemein und nicht physiotherapiespezifisch untersuchen.

3.4.12. These 3.L: Das österreichische Primärversorgungssystem bietet strukturelle Anknüpfungspunkte für Physiotherapie

Die einzige Studie mit direkten Primärdaten aus österreichischen Primärversorgungseinheiten (58 befragte Fachkräfte) zeigt: Ende 2024 bestanden 75

Einheiten, 58 weitere waren geplant. Physiotherapie ist als Teil des erweiterten Teams vorgesehen, wobei Rollenklarheit, Koordination und gegenseitiger Respekt als Erfolgsfaktoren und Hierarchiespannungen als Barriere gelten (Atalaia, Schnegg, Bodenhofer, Grabner, & Roth, 2025). Mit Stand September 2026 gibt es laut der Plattform Primärversorgung 120 Primärversorgungseinheiten, davon 59 mit Physiotherapie. Die oben genannte vierjährige NHS-Evaluation zeigt, dass ein vergleichbares Modell stabil skaliert, liefert im vierten Jahr jedoch Hinweise auf Kapazitätsgrenzen (Henning, Henning, & Gethin, 2024). In einer Schweizer Befragung waren 90,9 % der Physiotherapeutinnen und -therapeuten bereit, mehr Gesundheitsförderungsaufgaben zu übernehmen. Ein starker, statistisch hochsignifikanter Prädiktor war eine salutogenetische Grundhaltung (Brandt, Essig, & Balthasar, 2024).

Mit dem geplanten Ausbau auf perspektivisch über 130 Primärversorgungseinheiten bietet das österreichische System somit einen strukturellen Anknüpfungspunkt, um Physiotherapie von einer nachgelagerten Zuweisungsleistung zu einer stärker in die Primärversorgung integrierten, erstkontaktnahen Rolle weiterzuentwickeln. Die hohe professionelle Bereitschaft der Physiotherapeutinnen und -therapeuten wäre dafür eine gute Voraussetzung, sofern die beschriebenen Erfolgsfaktoren strukturell abgesichert werden.

3.4.13. Evidenzbilanz (Ebene 3)

Elf der zwölf Thesen sind durch die vorliegende Literatur mindestens gut gestützt (Tabelle 33); fünf davon gelten als stark gestützt. These 3.L beschreibt österreichspezifische Anknüpfungspunkte und ist nicht mit einem Evidenzgrad bewertet. Das stärkste österreichische Potenzial weist These 3.J auf (Physiotherapie in der Primärversorgung).

 **Tabelle 33: Evidenzbilanz (Ebene 3)**

These	AT-Potenzial	Evidenzgrad
<i>These 3.A – Therapeutische Allianz wirkt eigenständig</i>	1,9 Mio. mit chronischem Kreuzschmerz, 1,4 Mio. mit chronischen Nackenschmerzen	Stark gestützt
<i>These 3.B – Soziale Unterstützung verbessert Adhärenz</i>	1,6 Mio. mit Hypertonie; bis zu 300.000 mit Herzinsuffizienz	Gut gestützt
<i>These 3.C – Sozialer Gradient im Zugang</i>	direkter AT-Anker (14.606 österreichische Befragte im EHIS)	Gut gestützt

These	AT-Potenzial	Evidenzgrad
<i>These 3.D – Angehörigen-Einbindung verbessert Outcomes</i>	> 20.000 Schlaganfälle pro Jahr	Stark gestützt
<i>These 3.E – Pflegebelastung wirtschaftlich und gesellschaftlich bedeutsam</i>	rd. 950.000 in informelle Pflege involvierte Personen; 11–19 Mrd. € Pflegekosten	Stark gestützt
<i>These 3.F – PT als Coaching-Rolle für Angehörige</i>	rd. 950.000 in informelle Pflege involvierte Personen	Gut gestützt
<i>These 3.G – Gruppenformat gleichwertig, kostengünstiger</i>	266.100 Personen ab 65 Jahren nach Sturz im Krankenhaus (2025)	Stark gestützt
<i>These 3.H – Gruppenformat mit sozialem Mehrwert</i>	Keine Statistik	Gut gestützt
<i>These 3.I – Gruppenformat beugt Isolation vor</i>	Keine Statistik	Gut gestützt
<i>These 3.J – PT in der Primärversorgung überlegen</i>	stärkstes AT-Potenzial	Stark gestützt
<i>These 3.K – Social Prescribing & Exercise Referral</i>	Keine Statistik	Gut gestützt
<i>These 3.L – Österreichisches PVE-System als Chance</i>	120 PVE, davon 59 mit Physiotherapie (Sept. 2026)	AT-spezifisch

Quelle: **Economica: eigene Darstellung.**

3.5. Wirkungsebene 4: Lebens- und Arbeitsbedingungen

Ebene 4 des Dahlgren-Whitehead-Modells umfasst die Lebens- und Arbeitsbedingungen einer Person. Im Kontext der Physiotherapie beschreibt diese Ebene alle strukturellen, institutionellen und materiellen Faktoren der Umwelt, die den Zugang zur Therapie, den Therapieerfolg und die Entstehung von körperlichen Beschwerden maßgeblich beeinflussen. Darin enthalten sind etwa

- Arbeit / Beschäftigung
- Wohnen
- Verkehr

- Bildung / Bildungschancen
- Landwirtschaft / Lebensmittelproduktion
- Kunst / Kultur / Freizeit
- soziale Sicherheit
- Sozial- und Gesundheitsversicherung
- Gesundheitswesen / medizinische Versorgung

Für Physiotherapeutinnen und -therapeuten ist das Einbeziehen dieser Ebene entscheidend für ein ganzheitliches, biopsychosoziales Patientenmanagement:

- **Anamnese erweitern:** Eine Therapeutin bzw. ein Therapeut behandelt nicht nur das Knie, sondern fragt: „Wie sieht Ihr Arbeitsplatz aus?“ oder „Wie kommen Sie im Alltag zurecht?“
- **Rehabilitation anpassen:** Die Therapieziele müssen mit den realen Lebens- und Arbeitsbedingungen der Patientin bzw. des Patienten korrespondieren (z. B. gezieltes Arbeitsplatztraining / „Work Hardening“).
- **Prävention und Beratung:** Therapeutinnen und Therapeuten agieren oft beratend, um Veränderungen auf dieser Ebene anzustoßen – beispielsweise durch das Ausstellen von Empfehlungen für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zur ergonomischen Anpassung des Arbeitsplatzes.

Unter diesen Gesichtspunkten werden drei Thesen zur Relevanz der Physiotherapie in dieser Ebene geprüft:

These 4.A: Physiotherapie verbessert Funktion und Lebensqualität bei chronischen Beschwerdebildern

These 4.B: Betriebsnahe Physiotherapie verbessert Arbeitsfähigkeit und Gesundheitszustand kosteneffizient

These 4.C: Direkter Zugang zu Physiotherapie ist klinisch mindestens gleichwertig und kosteneffizienter als der Weg über die ärztliche Erstversorgung

3.5.1. These 4.A: Physiotherapie verbessert Funktion und Lebensqualität bei chronischen Beschwerdebildern

Wie bereits im Kapitel 2 dargelegt, bilden physiotherapeutische Maßnahmen einen Grundpfeiler in der Behandlung von chronischen Beschwerdebildern – insbesondere bei muskuloskelettalen Erkrankungen, Nackenschmerzen und postoperativen Zuständen.

1. Chronische Nackenschmerzen

Eine prospektive randomisierte kontrollierte Studie (RCT), die die Wirksamkeit von physikalischer Therapie bei chronischen Nackenschmerzen untersuchte, zeigte, dass unter den 80 Patientinnen und Patienten mit einem chronischen Verlauf von über 3 Monaten die Therapiegruppe, die konventionelle Physiotherapie (Hot Packs / Wärmeanwendungen, therapeutischer Ultraschall, TENS / transkutane elektrische Nervenstimulation) erhielt, eine statistisch hochsignifikante Reduktion von Schmerzen, funktionellen Einschränkungen (Disability) sowie depressiven Symptomen im Vergleich zur Kontrollgruppe (reines Heimübungsprogramm) verzeichnete (Şahin, Yilmaz, & Şahin, 2025). Zudem verbesserte sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität (gemessen mittels SF-36) durch die Kombination der physikalischen Therapiemodalitäten deutlich stärker.

Demnach stellt der kombinierte Einsatz dieser physikalischen Therapiemaßnahmen eine klinisch wirksame und empfehlenswerte Behandlungsstrategie bei chronischen Nackenschmerzen dar.

In Österreich zeigt sich eine hohe Nachfrage nach Behandlungen bei Nackenschmerzen, insbesondere bei Frauen und jüngeren Personen (siehe Kapitel 2).

2. Migräne

Eine systematische Übersichtsarbeit untersuchte die Effektivität physiotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen bei Migräne (Jung, Eschke, Struss, & Taucher, 2022). Die Metaanalyse schloss 13 randomisierte kontrollierte Studien (RCT) mit insgesamt 595 Patientinnen und Patienten ein und bewertete folgende Behandlungsformen: Multimodale Physiotherapie-Programme (Kombinationen aus aktiven und passiven Elementen), Mobilisationstechniken (Manuelle Therapie an Gelenken und Halswirbelsäule), Triggerpunkt-Therapie (Behandlung lokaler Muskelverhärtungen), Stretching- und Dehnungstechniken (für die Nacken- und Schultermuskulatur) sowie klassische Massage und Manuelle Lymphdrainage.

Sämtliche untersuchten physiotherapeutischen Maßnahmen zeigten im Vergleich zur Ausgangssituation einen signifikant positiven Effekt auf die Schmerzintensität, die Dauer und Frequenz der Migräneattacken sowie auf die Lebensqualität der Betroffenen. Besonders wirksam erwies sich die Kombination verschiedener physiotherapeutischer Techniken (multimodale Programme). Diese Kombinationen erzielten klinisch relevante Ergebnisse.

Demnach stellt die Physiotherapie eine hervorragende, nicht-medikamentöse Ergänzung zur medikamentösen Standardtherapie im Migränemanagement dar.

In Österreich zeigt sich eine hohe Nachfrage sowie ein hohes Angebot bei diesem Beschwerdebild (siehe Kapitel 2).

3. Postoperative Knie-Totalendoprothese

Eine systematische Übersichtsarbeit untersucht die Effektivität einer frühzeitigen Physiotherapie nach einer Knie-Totalendoprothese (Aftab, et al., 2025). Die Auswertung von 19 randomisierten kontrollierten Studien belegt signifikante Verbesserungen bei Schmerzlinderung, Gelenkbeweglichkeit und Lebensqualität durch gezielte Mobilisation und Bewegungstherapie in Form von Krafttraining. Bewegungstherapeutische Kräftigungsprogramme und supervidierte Physiotherapie zeigten starke positive Effekte. Verschiedene Interventionen (CPM, manuelle Therapie, neuromuskuläre Stimulation) waren ebenfalls wirksam.

Damit ist belegt, dass eine frühzeitige Physiotherapie im Rahmen der Rehabilitation nach Kniegelenkersatz die klinischen Ergebnisse verbessert.

In Österreich zeigt sich eine hohe Nachfrage nach Behandlungen, insbesondere bei Frauen, sowie ein hohes Angebot bei diesem Beschwerdebild (siehe Kapitel 2).

4. Weitere Evidenz

Eine systematische Übersichtsarbeit untersuchte die Wirksamkeit nicht-pharmakologischer, konservativer Therapien zur Linderung von Schmerzen und zur Verbesserung der Lebensqualität bei Frauen mit Endometriose. Die Metaanalyse zeigte signifikante Verbesserungen sowohl bei der Schmerzintensität als auch bei der physischen Funktionsfähigkeit (Abril-Coello, Correyero-León, Ceballos-Laita, & Jiménez-Barrio, 2023).

Ein systematisches Review untersuchte die Wirksamkeit physiotherapeutischer Interventionen im Vergleich zur Standardversorgung bei Erwachsenen mit anhaltenden postoperativen Schmerzen. Die Auswertung zeigt, dass Physiotherapie zu einer signifikanten Schmerzreduktion, einer gesteigerten Lebensqualität sowie verbesserten funktionellen Parametern beitragen kann (Robinson, et al., 2019).

Ein auf 83 Artikeln basierendes systematisches Review untersuchte die Kosteneffizienz physiotherapeutischer Interventionen bei Muskel-Skelett-Erkrankungen. Dabei zeigte sich, dass Physiotherapie in 43 % der direkten Vergleiche sowohl kostensparend als auch klinisch effektiver war als Alternativeingriffe, obwohl die Dokumentation der Maßnahmen in den zugrunde liegenden Studien oft Mängel aufweist (Baumbach, Feddern, Kretzler, Hajek, & König, 2024).

Eine randomisierte kontrollierte Studie untersuchte die kurz- und langfristige Wirksamkeit der Kombination von Physiotherapie und arbeitsbezogenem psychosozialen Coaching bei Personen mit Beschwerden des Bewegungsapparates. Die Studie zeigte signifikante kurzfristige Reduktionen der Schmerzintensität bei alltäglichen Bewegungen in der Interventionsgruppe, wobei diese positiven Effekte im Verlauf der Nachbeobachtung jedoch nachließen (Becker, Angerer, & Müller, 2017).

3.5.2. These 4.B: Betriebsnahe Physiotherapie verbessert Arbeitsfähigkeit und Gesundheitszustand kosteneffizient

Betriebsnahe Physiotherapie gilt als vielversprechende Maßnahme im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), um Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) vorzubeugen, Fehlzeiten zu reduzieren und die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden zu erhalten. Einzelne Studien und ökonomische Auswertungen geben Hinweise darauf, dass sich Investitionen in betriebsnahe Physiotherapie durch vermiedene Folgekosten im Gesundheitssystem und in den Unternehmen rechnen können.

Als mögliche Vorteile werden u. a. geringere Fehlzeiten, höhere Produktivität und langfristige Kosteneffizienz genannt.

Eine retrospektive Kohortenstudie untersuchte die Wirksamkeit von betriebsnaher Physiotherapie bei 376 Beschäftigten im britischen National Health Service (NHS) mit Muskel-Skelett-Erkrankungen (Chetty, 2020). Bei den Beschäftigten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates zeigte sich nach der Physiotherapie im Vergleich zum Ausgangswert eine signifikante Verbesserung des EQ-5D-Index in allen Domänen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL). Die visuelle Analogskala (VAS) verbesserte sich von durchschnittlich 31,5 (SD = 18,3) zu Beginn auf 73,2 (SD = 18,5) bei Entlassung. Eine Kosten-Nutzen-Analyse ergab, dass das betriebsnahe Physiotherapieangebot so lange kosteneffektiv bliebe, bis die Kosten pro Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter um 82,5 % stiegen. Das Projekt unterstützt die Integration beruflicher Physiotherapieleistungen in eine betriebsärztliche Abteilung.

In Österreich stellen Muskel-Skelett-Erkrankungen ein relevantes Beschwerdebild dar – die Ergebnisse dieser Studie sind jedoch aufgrund des spezifischen NHS-Angebots in England nur begrenzt übertragbar.

Eine retrospektive Kohortenstudie an 601 Beschäftigten einer britischen Automobilfabrik belegt positive Effekte eines 10-wöchigen physiotherapeutischen Übungsprogramms auf Rückenschmerz-Inzidenz, Absentismus (krankheitsbedingtes Fehlen), Präsentismus (Arbeiten trotz Einschränkungen/Schmerzen) und die Rumpfkraftausdauer (James, Goodwin, & McCarthy, 2017). In der Therapie-Gruppe sank die Rückenschmerz-Inzidenz

(17,4 % vs. 20,3 %), Absentismus war deutlich geringer (17,2 % vs. 25 %) und Präsentismus war ebenfalls reduziert (4,8 % vs. 12,4 %).

In Österreich stellen Rückenschmerzen ein relevantes Beschwerdebild dar. Diese Studie liefert u. a. Hinweise auf den Nutzen von betrieblicher Physiotherapie zur Reduktion von rückenschmerzbedingten Fehlzeiten.

Weitere Evidenz

Eine Analyse der Auswirkungen, nachdem eine betriebliche Physiotherapie (Onsite Physiotherapy) aus einem integrierten Verletzungsmanagement-Programm (IPP) entfernt worden war, ergab einen leichten Anstieg der Verletzungsraten sowie der Dauer der Arbeitsabwesenheit. Zudem kam es zu einer Verschiebung hin zu mehr Entschädigungsanträgen mit krankheitsbedingten Ausfallzeiten (Donovan, Khan, & Johnston, 2021).

Ein systematisches Literature Review untersuchte die wissenschaftliche Evidenz zur Rolle von Physiotherapeutinnen und -therapeuten im betrieblichen Gesundheitsmanagement (Occupational Health Setting). Analysiert wurde, wie effektiv physiotherapeutisch geleitete Maßnahmen – insbesondere ergonomische Interventionen und Vor-Ort-Behandlungen (On-site treatment) – am Arbeitsplatz sind (Prall & Ross, 2019). Positive Effekte zeigten sich in mehreren Kernbereichen:

- **Reduzierung von Muskel-Skelett-Erkrankungen:** Arbeitsbedingte Beschwerden (wie Rücken-, Nacken- oder Handgelenksschmerzen) gehen durch ergonomische Arbeitsplatzanpassungen und gezielte Übungsprogramme nachweislich zurück.
- **Senkung von Fehlzeiten:** Sowohl der Absentismus (krankheitsbedingtes Fehlen) als auch der Präsentismus (Arbeiten trotz Einschränkungen/Schmerzen) werden deutlich verringert.
- **Kostenreduktion:** Für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sinken sowohl die direkten Kosten (z. B. für medizinische Behandlungen und Versicherungsansprüche) als auch die indirekten Kosten (Produktivitätsverlust) durch arbeitsbedingte Verletzungen.
- **Schnellere Rückkehr an den Arbeitsplatz:** Durch die genaue Kenntnis der physischen Jobanforderungen können Physiotherapeutinnen und -therapeuten maßgeschneiderte Return-to-work-Programme entwickeln, was die Ausfallzeiten nach Verletzungen verkürzt.

3.5.3. These 4.C: Direkter Zugang zu Physiotherapie ist klinisch mindestens gleichwertig und kosteneffizienter als der Weg über die ärztliche Erstversorgung

Die These, dass der direkte Zugang zur Physiotherapie (Direct Access Physiotherapy) klinisch mindestens gleichwertig und strukturell kosteneffizienter ist als der traditionelle Weg über eine ärztliche Erstverordnung, wird durch eine Reihe internationaler Studien, systematischer Reviews und gesundheitsökonomischer Modellrechnungen gestützt. Es ergeben sich dabei klare Vorteile in zwei Kernbereichen:

- **Klinische Gleichwertigkeit und Sicherheit:** Identische oder bessere Behandlungsergebnisse, präzise Triage und Patientensicherheit, höhere Patientenzufriedenheit
- **Kosteneffizienz im Gesundheitssystem:** Weniger Diagnostik und Medikation, reduzierte Gesamtbehandlungskosten, Entlastung der Primärversorgung, geringerer Absentismus

Ein Forschungsprojekt untersuchte die klinische Relevanz und Kosteneffizienz des Direktzugangs zur Physiotherapie anhand von 426 Patientinnen und Patienten in der britischen Primärversorgung (46 Hausarztpraxen) (Walsh, et al., 2024). Die Studie verglich drei verschiedene Versorgungsmodelle für Patientinnen und Patienten mit Beschwerden des Bewegungsapparates direkt in der Hausarztpraxis – Traditionelles Modell: Erstkontakt rein über die Allgemeinmedizinerin bzw. den Allgemeinmediziner (GP-led); FCP-Standardmodell: Erstkontakt über eine spezialisierte Physiotherapeutin bzw. einen spezialisierten Physiotherapeuten vor Ort (First Contact Physiotherapist – FCP); Erweitertes FCP-Modell: Erstkontakt über einen FCP mit Zusatzqualifikationen (darf eigenständig Medikamente verschreiben oder Injektionen verabreichen). Die Kernergebnisse der Studie waren:

- **Klinische Gleichwertigkeit:** Nach 6 Monaten zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bei den primären klinischen Outcomes (Schmerzreduktion, Funktion) zwischen den drei Modellen. Der direkte Weg zur Physiotherapie ist klinisch somit mindestens genauso sicher und effektiv wie der Weg über die ärztliche Versorgung. Nach 3 Monaten verbesserten sich 72 % der FCP- vs. 55 % der GP-Patientinnen und -Patienten.
- **Ressourceneffizienz:** Patientinnen und Patienten, die primär von einem FCP gesichtet wurden, benötigten im weiteren Verlauf seltener hausärztliche Folgetermine. Das Modell führt zu einer spürbaren Entlastung der Primärversorgung.

- **Kosteneffektivität:** Die gesundheitsökonomische Analyse zeigte, dass FCP-Modelle bei gleicher klinischer Qualität hochgradig kosteneffizient sind, da sie Sekundärkosten (z. B. nachgelagerte Arztkonsultationen) reduzieren. Die medianen Kosten beliefen sich auf GP £105,50 vs. FCP £41–44.

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Österreich ist eingeschränkt (UK-Kontext, COVID-Einflüsse), aber ein Hinweis auf Potenzial ist gegeben.

Eine ökonomische Evaluationsstudie untersuchte die Kosteneffektivität des physiotherapeutischen Triage-Modells in Schweden anhand von 55 Patientinnen und Patienten im erwerbsfähigen Alter mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, die per Zufall entweder direkt einer Physiotherapeutin bzw. einem Physiotherapeuten (Interventionsgruppe) oder einer Allgemeinmedizinerin bzw. einem Allgemeinmediziner (Hausärztin/Hausarzt; Kontrollgruppe) für die Erstuntersuchung zugewiesen wurden (Bornhöft, et al., 2019). Die Besonderheit dieser Studie liegt in der Auswertung aus der gesellschaftlichen Perspektive (societal perspective), bei der nicht nur die reinen medizinischen Behandlungskosten, sondern auch die indirekten Kosten durch Produktionsausfall (Arbeitsunfähigkeit/Krankenstand) und Zeitkosten der Patientinnen und Patienten über ein Jahr hinweg einbezogen wurden. Die Kernergebnisse der Studie waren:

- **Klinischer Nutzen (QALYs):** Patientinnen und Patienten in der Physiotherapie-Direktgruppe erzielten im Verlauf eines Jahres rechnerisch mehr qualitätskorrigierte Lebensjahre (QALYs). Sie zeigten mindestens gleichwertige bis tendenziell bessere gesundheitliche Outcomes.
- **Ressourceneffizienz:** Es zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied bei den Folgeüberweisungen: Patientinnen und Patienten, die zuerst physiotherapeutisch untersucht wurden, erhielten signifikant seltener Überweisungen zur radiologischen Bildgebung (Röntgen/MRT) oder zu fachärztlichen Sekundärbehandlungen.
- **Kosteneffizienz:** In der gesundheitsökonomischen Modellierung (mittels Incremental Cost-Effectiveness Ratios – ICER) zeigte die Punktschätzung, dass der physiotherapeutische Erstkontakt das traditionelle ärztliche Modell dominiert. Das bedeutet, das Triage-Modell ist gleichzeitig kostengünstiger und effektiver – sowohl aus rein medizinischer Sicht als auch aus der umfassenden gesellschaftlichen Perspektive (unter Einberechnung reduzierter Arbeitsausfälle).

In Österreich ist der Direktzugang zurzeit nur privat möglich, nicht kassenfinanziert.

Eine gesundheitsökonomische Modellierungsstudie zum Direktzugang zur Physiotherapie im britischen Gesundheitssystem simulierte eine hypothetische britische Hausarztpraxis

mit 10.000 Patientinnen und Patienten über den Zeitraum von einem Jahr und verglich dabei ein traditionelles Modell (hausärztlicher Erstkontakt) mit einem Direktzugangsmodell (Yang, et al., 2021). Die Kernergebnisse des Simulationsmodells waren:

- **Deutliche Erhöhung der Reichweite:** Durch den Direktzugang stieg die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die mindestens einen Physiotherapietermin erhielten, rechnerisch um 63 %. Die Hürde des Arztbesuchs fällt weg, wodurch mehr Betroffene die indizierte aktive Bewegungstherapie in Anspruch nehmen.
- **Kosteneffektivität:** Die Simulation ergab eine Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) von £4.999 pro gewonnenem QALY (qualitätskorrigiertes Lebensjahr). Damit liegt der Direktzugang weit unter der in England üblichen Schwelle für Wirtschaftlichkeit (die meist bei £20.000 bis £30.000 pro QALY angesetzt wird) und gilt als hochgradig kosteneffizient.
- **Die Ursache der Effizienz:** Überraschenderweise ergab das Modell, dass die Kosteneffizienz primär darauf beruht, dass Physiotherapie an sich hochwirksam und kosteneffizient ist – und weniger auf der reinen Zeitersparnis der Hausärztinnen und Hausärzte.
- **Kritische Kapazitätswarnung des Modells:** Die Studie zeigte auf, dass die Einführung des Direktzugangs ohne den gleichzeitigen Ausbau von Physiotherapie-Stellen zu einer drastischen Verlängerung der Wartezeiten führen würde. Um die Vorteile voll auszuschöpfen, muss das Gesundheitssystem also aktiv in zusätzliche therapeutische Kapazitäten investieren.

Insgesamt zeigen die Studien starke empirische Argumente dafür, dass die direkte Zuweisung zur Physiotherapie volkswirtschaftliche Kosten senkt, ohne die Patientensicherheit zu gefährden.

Weitere Evidenz

Eine nationale Versorgungsforschung aus Großbritannien untersuchte 2.725 Patientinnen und Patienten mit Muskel-Skelett-Beschwerden in der britischen Primärversorgung (70 Hausarztpraxen) (Bradford, Collier, Freeman, & Goodwin, 2025). Die Studie ging der Kritik an FCP-Modellen nach, dass der Erstkontakt in der Physiotherapie die Hausärztin bzw. den Hausarzt (General Practitioner – GP) nicht dauerhaft entlastet, weil Patientinnen und Patienten im Anschluss („Double-Triaging“) doch wieder einen Arzttermin buchen. Analysiert wurde daher, wie hoch die Wiederkehrrate (Reattendance Rate) in der Hausarztpraxis tatsächlich ist und aus welchen Gründen Patientinnen und Patienten erneut vorstellig werden. Die Kernergebnisse der Studie waren:

- **Hohe Entlastungsquote (78,5 %):** Die überwältigende Mehrheit der Patientinnen und Patienten – 2.140 von 2.725 Personen (78,5 %) – benötigte innerhalb von 12 Wochen nach dem FCP-Termin keine weitere Konsultation bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt oder einer Praxis-Pflegekraft (Nurse Practitioner). Dies belegt die hohe abschließende Behandlungskompetenz von FCPs in der Primärversorgung.
- **Hauptgrund für frühe Wiederkehr (< 8 Wochen):** Wenn Patientinnen und Patienten innerhalb der ersten zwei Monate doch wieder in der Praxis vorstellig wurden, war der häufigste Grund der Wunsch nach Medikation bzw. Analgetika (Schmerzmitteln).
- **Hauptgrund für spätere Wiederkehr (8–12 Wochen):** Bei einer Wiederkehr im späteren Verlauf war der primäre Grund die Notwendigkeit einer Weiterleitung (Onward Referral), beispielsweise zu einer fachärztlichen Sekundärversorgung oder bildgebenden Diagnostik.

3.5.4. Evidenzbilanz (Ebene 4)

Die drei Thesen decken die Wirkungsfelder der Physiotherapie in Zusammenhang mit verschiedensten Lebens- und Arbeitsbedingungen ab.

Stark gestützt sind die Thesen 4.A und 4.C. Die höchste Evidenz gibt es bei der These, dass physiotherapeutische Maßnahmen die Funktion und Lebensqualität bei relevanten Beschwerdebildern verbessern (siehe Tabelle 34), insbesondere bei muskuloskelettalen Beschwerdebildern. Positive Effekte der Physiotherapie werden dabei auf Funktion, Schmerz und Lebensqualität verzeichnet.

Bei der betriebsnahen Physiotherapie gibt es vorsichtige Hinweise auf positive Effekte hinsichtlich Arbeitsfunktion, Wohlbefinden und potenziell geringerer Fehlzeiten. Die Evidenz ist dabei überwiegend nicht kausal und studienspezifisch.

Ebenfalls stark gestützt ist, dass der direkte Zugang zur Physiotherapie mindestens vergleichbare klinische Resultate bei höherer Kosteneffizienz erzielt. Die Übertragbarkeit auf Österreich hängt jedoch von Kapazitäten und der Implementierung ab.

**Tabelle 34: Evidenzbilanz (Ebene 4)**

These	AT-Potenzial	Evidenzgrad
<i>These 4.A – Funktionale Effektivität & Lebensqualität</i>	Große Zielgruppe (Menschen mit chronischen Beschwerden)	Stark gestützt
<i>These 4.B – Betriebsnahe Physiotherapie</i>	Keine Statistik	Erste Hinweise
<i>These 4.C – Direkter Zugang zu Physiotherapie</i>	Keine Statistik	Stark gestützt

Quelle: **Economica: eigene Darstellung.**

3.6. Wirkungsebene 5: Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt

Ebene 5, die äußerste Ebene des Dahlgren-Whitehead-Modells, umfasst die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Für die Physiotherapie sind fünf Themenfelder relevant: ihre volkswirtschaftliche Bedeutung, die Finanzierungsstruktur des Gesundheitssystems, die regionale Versorgungsdichte, der Klimawandel sowie Gesundheitskompetenz und Digitalisierung. Diese Ebene grenzt an die Ebenen 3 und 4: Der soziale Gradient in der Inanspruchnahme wird in These 3.C, die Wirksamkeit betriebsnaher Physiotherapie und des Direktzugangs in den Thesen 4.B und 4.C behandelt. Ebene 5 betrachtet dieselben Phänomene aus der Perspektive der Systeme und Strukturen, die sie hervorbringen. Die Evidenzlage ist uneinheitlich und reicht von gut belegten volkswirtschaftlichen Zusammenhängen bis zu ersten Hinweisen im Bereich Klima.

Vor diesem Hintergrund werden fünf Thesen geprüft:

These 5.A: Physiotherapie verbessert Arbeitsfähigkeit und volkswirtschaftliche Wertschöpfung

These 5.B: Die Finanzierungsstruktur des Gesundheitssystems schafft sozioökonomisch ungleiche Zugangshürden zu Physiotherapie

These 5.C: Die Versorgungsdichte mit Physiotherapie unterscheidet sich zwischen Stadt und Land

These 5.D: Klimawandel und ökologische Bedingungen beeinflussen den physiotherapeutischen Bedarf und Fußabdruck

These 5.E: Health Literacy und Digitalisierung beeinflussen Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Physiotherapie

3.6.1. These 5.A: Physiotherapie verbessert Arbeitsfähigkeit und volkswirtschaftliche Wertschöpfung

Die Wirksamkeit betriebsnaher Physiotherapie und des Direktzugangs auf individueller und betrieblicher Ebene wird in den Thesen 4.B und 4.C behandelt. These 5.A betrachtet die gesamtwirtschaftliche Perspektive. Muskel-Skelett-Erkrankungen zählen zu den bedeutendsten Ursachen von Fehlzeiten in Österreich: Auf sie entfallen 11,3 % aller Krankenstandsfälle, aber 19,1 % aller Krankenstandstage. Betroffene Beschäftigte verbringen im Jahresverlauf durchschnittlich 33,4 Tage im Krankenstand gegenüber 19,3 Tagen bei anderweitig Erkrankten (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), 2026). Zugleich stellten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems Mitte der 2010er-Jahre rund 30 % der Neuzugänge in Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit (Czypionka, Lappöhn, Pohl & Röhrling, 2016). Dass körperlich belastende Arbeit das Risiko einer Invaliditätspension erhöht, zeigt eine schwedische Registerstudie (Falkstedt et al., 2021).

Frühzeitige Physiotherapie ist mit geringeren Folgekosten verbunden: Eine große Auswertung aus dem US-amerikanischen Militärgesundheitssystem zeigt bei frühem, leitliniengerechtem Zugang eine deutlich geringere Inanspruchnahme von Bildgebung, Injektionen, Operationen und Opioiden (Childs et al., 2015). Für die Rückkehr an den Arbeitsplatz ist die Evidenz dagegen weniger eindeutig; eine systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalyse kommt zu dem Schluss, dass arbeitsbezogene Interventionen überwiegend geringe oder statistisch nicht gesicherte Effekte zeigen (Tingulstad et al., 2022). Klar belegt ist hingegen der wirtschaftliche Stellenwert der Branche selbst: Die Physiotherapie erwirtschaftet eine direkte Bruttowertschöpfung von 871 Mio. € und trägt rund 20.000 Beschäftigungsverhältnisse (Economica, 2024).

3.6.2. These 5.B: Die Finanzierungsstruktur des Gesundheitssystems schafft sozioökonomisch ungleiche Zugangshürden zu Physiotherapie

Dass die Inanspruchnahme von Physiotherapie einem sozialen Gradienten folgt, ist in These 3.C dargestellt. These 5.B fragt nach einer strukturellen Ursache auf Systemebene, der Finanzierung. Eine systematische Übersichtsarbeit über 36 Studien aus acht Ländern zeigt, dass neben höherer Bildung und höherem sozioökonomischem Status auch eine private Versicherung mit häufigerer Inanspruchnahme verbunden ist (Braaten et al.,

2021). Denselben Zusammenhang mit Zusatz- oder Privatversicherung fand eine spanische Kohortenstudie bei Frauen nach Brustkrebs (Cogollos-de-la-Peña et al., 2024). Eine dänische Registerstudie belegt, dass Personen der niedrigsten sozioökonomischen Gruppe vor einer Hüftarthroskopie seltener Physiotherapie erhalten als jene der höchsten Gruppe (29,3 % gegenüber 36,0 %) (Foldager et al., 2025).

In Österreich ist ein solcher finanzieller ZugangsfILTER strukturell angelegt. Zwar wurden mit der Rahmenvereinbarung ab 2022 österreichweit 590 Kassen-Planstellen geschaffen; zuvor gab es nur in fünf Bundesländern vertragliche Regelungen mit niedergelassenen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (Tiroler Tageszeitung, 2021). In einer Befragung der Gesundheit Österreich GmbH mit Fokus auf Wahltherapeutinnen und -therapeuten waren jedoch knapp 77 % der Teilnehmenden ausschließlich freiberuflich tätig, und rund zwei Drittel verrechneten für eine Therapiestunde 91 € oder mehr (Gesundheit Österreich GmbH, 2024). Der Vertragstarif der Österreichischen Gesundheitskasse liegt bei 76,03 € pro Stunde und bleibt bis 2028 unverändert (Physio Austria, 2026); bei Wahltherapie werden 80 % des Vertragstarifs, also rund 61 €, rückerstattet (Physio Austria, 2022). Bei den üblichen Wahlтарifen verbleibt damit ein Selbstbehalt von rund 30 € und mehr je Therapiestunde, der zudem vorzufinanzieren ist. Dieser Filter trifft gerade jene Gruppen, deren Bedarf am größten ist: Chronischer Kreuzschmerz ist in der untersten Einkommensgruppe mehr als doppelt so wahrscheinlich wie in der obersten (Klimont & Prammer-Waldhör, 2020). Eine österreichische Auswertung der Physiotherapie-Inanspruchnahme nach Einkommen liegt nicht vor; die Übertragung der internationalen Befunde beruht daher auf der Strukturähnlichkeit, nicht auf direkter Messung.

3.6.3. These 5.C: Die Versorgungsdichte mit Physiotherapie unterscheidet sich zwischen Stadt und Land

Internationale Studien zeigen, dass der Zugang zu Physiotherapie im ländlichen Raum erschwert ist. Eine systematische Übersichtsarbeit über 36 Studien aus acht Ländern zeigt, dass ein städtisches Wohnumfeld und der Zugang zu Verkehrsmitteln mit häufigerer Inanspruchnahme verbunden sind (Braaten et al., 2021). In der kanadischen Provinz Alberta benötigen Menschen mit Arthrose in abgelegenen Regionen im Median 62 Minuten bis zur nächsten physiotherapeutischen Versorgung, in Ballungsräumen 32 Minuten (Liu et al., 2022). Eine Übersichtsarbeit zum Versorgungszugang von Menschen mit Behinderungen nennt für den ländlichen Raum vor allem Transportprobleme und fehlende Einrichtungen als Hürden, bezieht sich allerdings auf die Gesundheitsversorgung allgemein (Mesmar et al., 2025). Zugleich ist der Bedarf dort tendenziell höher: Ältere Menschen im ländlichen Portugal gehen auch nach

Berücksichtigung des Alters langsamer, haben weniger Kraft und schneiden in Mobilitätstests schlechter ab (Reis, Ferreira, Conde & Martins, 2025).

Auch in Österreich gibt es Hinweise auf wachsende Zugangshürden im ländlichen Raum. Die Wege zur ambulanten Gesundheitsversorgung wurden zwischen 2005 und 2015 vor allem dort länger, unter anderem infolge der Zentralisierung von Leistungen; die Autorinnen und Autoren verweisen auf die Schwierigkeit, dünn besiedelte Regionen ambulant zu versorgen (Weisz et al., 2020). Physiotherapiespezifische Daten zum Stadt-Land-Unterschied fehlen jedoch. Die Versorgungsdichte zeigt auf Ebene der Bundesländer ein West-Ost-Gefälle und keinen Vorteil städtischer Regionen: Salzburg (3,03 Physiotherapeutinnen und -therapeuten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner) und Tirol (2,52) sind am besten versorgt, Wien bildet das Schlusslicht (siehe Abbildung 5). Ob innerhalb der Bundesländer Unterschiede zwischen Stadt und Land bestehen, lässt sich mit den verfügbaren Daten nicht beantworten. Die These ist damit international gestützt, für Österreich jedoch nur teilweise belegt.

3.6.4. These 5.D: Klimawandel und ökologische Bedingungen beeinflussen den physiotherapeutischen Bedarf und Fußabdruck

Der Klimawandel wirkt auf zwei Wegen auf die Physiotherapie. Auf der Bedarfsseite steigt die klimabedingte Belastung: Laut Internationaler Arbeitsorganisation haben hitzebedingte Arbeitsverletzungen in Europa und Zentralasien seit dem Jahr 2000 um 16,4 % zugenommen (International Labour Organization, 2024). Eine Übersichtsarbeit aus der physikalischen Medizin und Rehabilitation beschreibt vor allem die Folgen von Luftverschmutzung und zunehmender Hitze für rehabilitationsbedürftige Patientinnen und Patienten (Newman et al., 2024).

Auf der Ressourcenseite trägt das Gesundheitswesen selbst zum Klimawandel bei. Für die Europäische Union werden den Emissionen des Sektors rund 365.000 verlorene gesunde Lebensjahre pro Jahr zugerechnet (Chen-Xu, Corda, Varga & Viegas, 2024). In Österreich verursachte das Gesundheitswesen im Jahr 2014 rund 6,8 Mio. Tonnen CO₂, etwa 7 % des nationalen Fußabdrucks; Arzneimittel und andere medizinische Güter machten dabei zusammen 38 % aus. Die durch die Gesundheitsversorgung bedingten Wege von Patientinnen und Patienten, Personal und Besuchenden verursachten etwa ebenso viel CO₂ wie der direkte Energieverbrauch des Sektors und nahmen zwischen 2005 und 2015 um 15 % zu (Weisz et al., 2020). Ob Physiotherapie einen geringeren ökologischen Fußabdruck aufweist als operative oder medikamentöse Versorgungswege, ist jedoch nicht durch belastbare Daten belegt; eine Übersichtsarbeit zur muskuloskelettalen Versorgung hält fest, dass empirische Messungen weitgehend fehlen (McKenzie et al., 2022). Da physiotherapeutische Behandlungsserien zudem wiederholte Wege erfordern,

bleibt der plausible ökologische Vorteil einer bewegungsbasierten, medikamentensparenden Versorgung vorerst eine begründete Annahme, kein gesicherter Befund.

3.6.5. These 5.E: Health Literacy und Digitalisierung beeinflussen Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Physiotherapie

Gesundheitskompetenz ist eine Voraussetzung dafür, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen und anzuwenden. In der europäischen Vergleichserhebung HLS-EU wiesen 47 % der Befragten eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf, mit deutlichem sozialem Gradienten (Sørensen et al., 2015). Die österreichische Erhebung HLS19-AT bestätigt dieses Bild; rund 30 % jener, die das Internet für Gesundheitsfragen nutzen, haben Schwierigkeiten mit digitalen Gesundheitsinformationen (Griebler, Straßmayr, Mikšová, Link & Nowak, 2021). Dass geringe Gesundheitskompetenz die Inanspruchnahme von Physiotherapie erschwert, ist plausibel, aber nicht direkt belegt.

Die Telerehabilitation erweitert die Zugangswege, ersetzt die Präsenztherapie aber nicht gleichwertig. Eine Metaanalyse zu muskuloskelettalen Erkrankungen zeigt günstigere Ergebnisse als Kontrollbehandlungen und geringere Kosten; im direkten Vergleich mit Präsenztherapie verschwindet der Vorteil jedoch, und die Autorinnen und Autoren empfehlen Telerehabilitation vor allem dort, wo Präsenztherapie nicht möglich ist (Molina-Garcia et al., 2024). Zugleich birgt sie das Risiko neuer Ungleichheiten: Eine Übersichtsarbeit über 49 Studien zeigt, dass sozioökonomischer Status, Wohnort und Herkunft die Nutzung von Telerehabilitation bei älteren Menschen beeinflussen (Veras et al., 2025).

3.6.6. Evidenzbilanz (Ebene 5)

Die Evidenzlage der Ebene 5 ist uneinheitlich. Gut gestützt ist die volkswirtschaftliche Bedeutung der Physiotherapie: Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachen einen überproportionalen Anteil der Krankenstandstage und der vorzeitigen Erwerbsaustritte, und die Branche trägt nennenswert zur Wertschöpfung bei; der Beitrag der Physiotherapie zur Rückkehr an den Arbeitsplatz ist dagegen weniger eindeutig belegt. Gestützt ist die These zur Finanzierungsstruktur: Internationale Studien zeigen konsistent, dass eine private Versicherung mit häufigerer Inanspruchnahme einhergeht, und österreichische Daten zu Wahltherapie und Tarifen machen die Übertragbarkeit plausibel; eine direkte österreichische Messung der Inanspruchnahme nach Einkommen fehlt jedoch. Teilweise gestützt sind die Thesen zur Versorgungsgeografie sowie zu Gesundheitskompetenz und Digitalisierung: Der Stadt-Land-Unterschied ist international

belegt, lässt sich mit den österreichischen Dichtedaten aber nicht prüfen, und der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Physiotherapie-Nutzung wurde bislang nicht direkt gemessen. Für den Bereich Klimawandel liegen nur erste Hinweise vor: Der Bedarfsanstieg durch Hitze ist belegt, ein ökologischer Vorteil der Physiotherapie gegenüber anderen Versorgungswegen hingegen nicht.


Tabelle 35: Evidenzbilanz (Ebene 5)

These	AT-Potenzial	Evidenzgrad
<i>These 5.A – Wirtschaft & Arbeitsfähigkeit</i>	Bruttowertschöpfung: 871 Mio. € 20.000 Beschäftigungsverhältnisse	Gut gestützt
<i>These 5.B – Finanzierungsstruktur des Gesundheitssystems</i>	590 Kassen-Planstellen; rd. zwei Drittel der befragten Wahltherapeutinnen und -therapeuten verrechnen ≥ 91 € pro Stunde	Gestützt
<i>These 5.C – Versorgungsgeografie (Stadt/Land)</i>	West-Ost-Gefälle der Versorgungsdichte (siehe Abbildung 5)	Teilweise gestützt
<i>These 5.D – Klimawandel & Ökologie</i>	Gesundheitswesen ≈ 7 % des nationalen CO ₂ -Fußabdrucks	Erste Hinweise
<i>These 5.E – Health Literacy & Digitalisierung</i>	47 % (EU-Vergleich)	Teilweise gestützt

Quelle: **Economica: eigene Darstellung.**

3.7. Zusammenfassung über die Wirkungsfelder der Physiotherapie

Die Analyse der fünf Wirkungsebenen zeigt, dass Physiotherapie auf allen Ebenen der Gesundheitsdeterminanten ansetzt – von individuellen, kaum veränderbaren Faktoren wie Alter und Erkrankung bis zu den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Von den insgesamt 26 geprüften Thesen sind 20 mindestens gestützt, sieben davon stark. Für zwei Thesen liegt eine teilweise Stützung vor, für drei erste Hinweise; These 3.L beschreibt österreichspezifische Anknüpfungspunkte und ist nicht mit einem Evidenzgrad bewertet.

- **Ebenen 1 und 2:** Physiotherapie wirkt über den gesamten Lebensverlauf – bei Frühgeborenen, Kindern mit Zerebralparese und älteren chronisch

kranken Menschen – und verbessert Bewegungsverhalten, metabolische Risikofaktoren sowie die Therapieadhärenz.

- **Ebene 3 sowie Thesen 4.A und 4.C:** Hier ist die Evidenz am robustesten. Die Wirkung entfaltet sich nicht nur über die Intervention selbst, sondern auch über die therapeutische Beziehung, die Einbindung von Angehörigen und Gruppenformate. Physiotherapie verbessert Funktion und Lebensqualität bei chronischen, insbesondere muskuloskelettalen Beschwerden, und der Direktzugang zur Physiotherapie ist klinisch mindestens gleichwertig und kosteneffizient. Das größte Potenzial für Österreich liegt in der Einbindung der Physiotherapie in die Primärversorgung (These 3.J).
- **Ebene 5:** Gut belegt ist die volkswirtschaftliche Bedeutung der Physiotherapie. Finanzierungsstruktur, Versorgungsgeografie und Gesundheitskompetenz prägen den Zugang und bestimmen damit, in welchem Ausmaß ihr Potenzial ausgeschöpft wird.

Übergreifend gilt: Die Wirksamkeitsevidenz stammt überwiegend aus internationalen Studien, während österreichische Daten vor allem den Bedarf belegen. Die ausgewiesenen AT-Potenziale sind daher als Orientierungsgrößen zu verstehen.



4.

4 Hochrechnungen anhand von Lebensstationen

4.1. Zweck und Einordnung

Studienteil 2 der Studie „Relevanz der Physiotherapie in Österreich“ übersetzt die auf Ebene 3 des Dahlgren-Whitehead-Modells erarbeiteten Wirkmechanismen in konkrete, zahlenmäßig unterlegte Fallbeispiele. Ziel ist es, an ausgewählten Lebensverläufen – sogenannten Personae – zu zeigen, an welchen konkreten Punkten physiotherapeutische Versorgung einen volkswirtschaftlich und gesundheitspolitisch relevanten Unterschied macht, und dies so weit wie möglich in Euro-Größenordnungen für Österreich zu fassen. Die Hochrechnungen werden als Potenzial vermeidbarer Kosten (in unterschiedlichen klar definierten Dimensionen) durch Physiotherapie ausgedrückt.

Wichtig für die Einordnung: Studienteil 2 erhebt nicht den Anspruch, die Gesamtwirkung der Physiotherapie in Österreich abzubilden. Aus der Vielzahl möglicher Krankheitsbilder, Personengruppen und Behandlungsanlässe wird bewusst eine kleine, handverlesene Auswahl an Personae und darin wiederum einzelnen Lebensstationen betrachtet – jene, für die eine methodisch vertretbare Hochrechnung möglich ist. Alle anderen, ebenso plausiblen Wirkungsfelder der Physiotherapie bleiben unberücksichtigt und sind daher in den dargestellten Größenordnungen nicht enthalten. Ebenso wichtig: Die einzelnen Hochrechnungsergebnisse sind nicht additiv. Jede Station bildet einen eigenständigen, in sich abgegrenzten Kostenausschnitt für eine eigene Zielpopulation und einen eigenen Betrachtungszeitraum ab (z. B. vermiedene Operationskosten im Gesundheitssystem, vermiedene Krankenstandstage auf der Erwerbsseite, vermiedene Pflegefolgekosten). Die Ergebnisse dürfen daher nicht zu einer Gesamtsumme „Wert der Physiotherapie in Österreich“ addiert werden – weder über die Stationen einer Persona noch über die Personae hinweg. Wo inhaltliche Überschneidungen zwischen Stationen bestehen, ist dies bei der jeweiligen Station explizit vermerkt.

4.2. Auswahlprozess der Personae und Lebensstationen

Ausgangspunkt waren sechs von Physio Austria vorgeschlagene Personae (chronischer Rückenschmerz/Bandscheibenproblematik, Kniearthrose & Sturzrisiko, metabolisches Syndrom/Diabetes/Herz-Kreislauf, Schlaganfallrehabilitation, Parkinson, kindliche Skoliose & Spreiz-Senkfuß), die das Spektrum physiotherapeutisch relevanter Lebensverläufe in Österreich abdecken sollten. Economica hat diese sechs Personae in einem eigenen Hochrechenbarkeits-Assessment entlang von acht Dimensionen bewertet, u. a. Prävalenz in Österreich, verfügbare Quellenlage, Übertragbarkeit internationaler Evidenz, Attributierbarkeit des Physiotherapie-Effekts, Zeithorizont, Klarheit des Kontrafaktums, ökonomische Signifikanz und kommunikative Zugänglichkeit gegenüber Politik und Kostenträgern. Auf dieser Grundlage wurden mit Physio Austria als Auftraggeberin drei finale Personae abgestimmt: chronischer Rückenschmerz (Persona 1), Kniearthrose &

Sturzrisiko (Persona 2) und Schlaganfallrehabilitation (Persona 4). Ergänzend wurde im weiteren Projektverlauf eine Diabetes-Fallstudie aufgenommen.

Auch innerhalb jeder Persona wurde nicht jede Lebensstation gleichbehandelt. Für jede Station wurde gesondert bewertet, ob eine belastbare Hochrechnung möglich ist. Ausschlaggebend waren dabei vor allem die Klarheit des Kontrafaktums und die Attributierbarkeit des physiotherapeutischen Effekts. So wurde etwa bei Persona 1 die Frühphase bewusst nicht hochgerechnet, weil das Attributionsproblem (Spontanremission, multimodales Behandlungspaket) nicht lösbar war; bei Persona 2 wurde der Sturzpräventions-Strang bewusst auf Studien beschränkt, die Physiotherapie als isolierte Intervention testen, während der langfristige Pflegeheim-Pfad nicht rechnerisch verwendet wird. Dieser Auswahl- und Eingrenzungsprozess wurde nicht einmalig festgelegt, sondern iterativ mit Physio Austria abgestimmt.

Die ausgewählten Personae (1, 2, 4 + Fallstudie Diabetes) werden anschließend kurz vorgestellt:

Persona 1 – Chronischer Rückenschmerz zeigt einen beruflich erfolgreichen, aber körperlich inaktiven Büroarbeiter (IT-Projektmanagement, Mitte 30 bis Mitte 40), bei dem zunehmend sitzende Tätigkeit und Bewegungsmangel erste, zunächst ignorierte Rückenschmerzen begünstigen, bis ein akutes Bandscheibenereignis mit neurologischer Symptomatik eintritt. In der Frühphase mit ersten Risikofaktoren würde Physiotherapie durch Haltungs- und Bewegungsberatung sowie Aufklärung über Belastungsdosierung ansetzen (ohne Berechnung). Beim akuten Ereignis mit neurologischen Symptomen begleitet Physiotherapie als Teil einer konsequenten konservativen Erstlinientherapie und trägt so zur Vermeidung einer elektiven lumbalen Dekompressionsoperation bei (P1-Station 2). In der Stabilisierungsphase vermittelt Physiotherapie Strategien zum Selbstmanagement und zur aktiven Schmerzbewältigung (ohne Berechnung). Beim späteren belastungsbedingten Rückfall wirkt Physiotherapie-Nachsorge einer Chronifizierung entgegen und trägt zur Verhinderung eines Rezidivs bei (P1-Station 4).

Persona 2 – Kniearthrose & Sturzrisiko zeigt eine ehemalige Verkäuferin im Ruhestand (65 bis 75 Jahre, lebt am Land, leicht übergewichtig), die durch zunehmende Knieschmerzen und Bewegungsvermeidung in eine Abwärtsspirale aus Sarkopenie, Sturzrisiko und drohendem Verlust der Selbstständigkeit gerät. Beim schleichenden Beginn mit ersten Knieschmerzen könnte Physiotherapie durch gezielte physiotherapeutische Maßnahmen sowie Aufklärung und Edukation ansetzen (ohne Berechnung). Beim funktionellen Abbau mit zunehmender Sturzgefährdung senkt eine strukturierte Bewegungstherapie

(Gleichgewichts- und Krafttraining) nach dem Otago-Programm¹³ Stürze und Frakturen (P2-Station 2). Als eigenständige Intervention verzögert multimodale Bewegungstherapie im Rahmen der Physiotherapie (Kraft-, Gleichgewichts- und Gangtraining) die Notwendigkeit einer Knie-Totalendoprothese (P2-Station 3). Im Langzeitverlauf würde Physiotherapie zum Erhalt von Mobilität und Selbstständigkeit beitragen (ohne Berechnung).

Persona 4 – Schlaganfallrehabilitation zeigt eine berufstätige Angestellte (57 Jahre, Teilzeit im öffentlichen Dienst), die einen Schlaganfall mit Halbseitenschwäche und Sprachproblemen erleidet und deren weiterer Weg über Frührehabilitation, Gesundheitskompetenz und Wiedereinstieg in Alltag und Beruf führt. Im akuten Ereignis und der unmittelbaren Frührehabilitation trägt Physiotherapie als Teil eines koordinierten multidisziplinären Teams *im Rahmen von Early Supported Discharge (ESD)* zu einer früheren, sicheren Entlassung bei (P4-Station 1). In der Phase von Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement vermittelt Physiotherapie Sturzvermeidungsstrategien und Wissen zu Warnzeichen eines erneuten Schlaganfalls (ohne Berechnung). Beim Wiedereinstieg in Alltag und Beruf unterstützt Physiotherapie durch Bewegungstherapie in Form von Alltags- und Belastungstraining die Rückkehr in Beruf und Haushalt (ohne Berechnung).

Ergänzend wird eine **Fallstudie zu Menschen mit Typ-2-Diabetes** betrachtet, die von frühen Risikofaktoren über die Diagnosestellung bis zu diabetesassoziierten Folgeerscheinungen wie peripherer Neuropathie reicht. Bei frühen Risikofaktoren wie Prädiabetes würde Physiotherapie durch Bewegungsförderung als Primärprävention ansetzen (ohne Berechnung). Nach Diagnosestellung begleitet Physiotherapie mit Bewegungstherapie zur Verbesserung der Stoffwechsellage (ohne Berechnung). Für den langfristigen Erhalt der Erwerbsfähigkeit trägt regelmäßige Bewegungstherapie (inklusive Trainingstherapie), durchgeführt von Physiotherapeutinnen und -therapeuten, zur körperlichen Belastbarkeit im Berufsalltag bei (ohne Berechnung). Bei diabetischer peripherer Neuropathie senkt Bewegungstherapie in Form von Balance- und Gangtraining das sturzbedingte Zusatzrisiko – die einzige vertieft analysierte Diabetes-Station, die aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit der Literatur jedoch nicht beziffert wird (DIA-NF-A). Bei diabetesassoziierten Schultersteife („Frozen Shoulder“) würde Physiotherapie durch gezielte Mobilisation ansetzen; diese Station wurde jedoch mangels gesicherter Kausalität zwischen Diabetes und Krankheitsbild ausgeschlossen (ohne Berechnung).

¹³ Das Otago-Programm ist ein aus Neuseeland stammendes bewegungstherapeutisches Programm (Kraft- und Gleichgewichtstraining) zur Sturzprävention bei älteren Menschen. Siehe auch: https://www.physio-pedia.com/Otago_Exercise_Programme

4.3. Berechnungslogik und Limitationen

Alle dargestellten Hochrechnungen folgen derselben multiplikativen Logik: Ausgehend von einer definierten Zielpopulation in Österreich wird über einen geeigneten/behandelbaren Anteil, eine Effektgröße aus der verfügbaren Studienevidenz und eine monetäre Kostenbasis je Ereignis das jährliche Einsparpotenzial ermittelt, das über einen physiotherapeutischen Attributionsanteil (PT-Anteil) auf die Physiotherapie zurückgeführt wird:

$$\text{Einsparpotenzial} = \text{Zielpopulation} \times [\text{geeigneter Anteil}] \times \text{Effektgröße} \times \text{Kostenbasis} \times \text{PT-Anteil}$$

Dieser Ansatz funktioniert, weil er auch dort belastbare Aussagen ermöglicht, wo keine österreichspezifische Studie den Effekt der Physiotherapie isoliert direkt in Euro ausweist: internationale Evidenz wird schrittweise auf den österreichischen Versorgungskontext übertragen, unter Rückgriff auf möglichst österreichspezifische Register- und Kostendaten (STATcube, LKF-Modell, Fehlzeitenreport), wo diese verfügbar sind.

Dabei ist eine zentrale Einschränkung mitzudenken: Physiotherapie lässt sich in der zugrunde liegenden Evidenz nur in wenigen Fällen als vollständig isolierte Intervention betrachten. In der überwiegenden Mehrheit der Stationen ist Physiotherapie Teil eines multimodalen Behandlungspakets – gemeinsam mit ärztlicher Versorgung, Medikation, Ernährungsberatung oder anderen Gesundheitsberufen. Der PT-Anteil-Parameter bildet genau diesen Umstand ab: Er schreibt der Physiotherapie nicht den gesamten beobachteten Effekt zu, sondern einen begründeten, aber notwendigerweise geschätzten Anteil davon. Das bedeutet nicht, dass der Beitrag der Physiotherapie gering wäre – im Gegenteil, in den meisten Stationen ist er substanziell und in der jeweiligen Herleitung begründet. Es bedeutet vielmehr, dass er sich nicht mit letzter Präzision von den Beiträgen anderer Berufsgruppen und Faktoren trennscharf isolieren lässt. Diese Grundunsicherheit sollte bei der Interpretation der Ergebnisse mitgedacht werden: Die berechneten Bandbreiten sind als Orientierungsgrößen zu verstehen, nicht als exakte volkswirtschaftliche Prognosen.

Damit einher gehen weitere notwendige Vereinfachungen, die in den einzelnen Herleitungen jeweils offen ausgewiesen sind: die Übertragung internationaler Studienergebnisse auf österreichische Verhältnisse, die Verwendung von Näherungswerten dort, wo exakte Österreich-Daten fehlen, sowie die bewusste Eingrenzung auf einen einzelnen Kostenausschnitt pro Station statt der Gesamtkosten eines Krankheitsbilds. Um dieser Unsicherheit Rechnung zu tragen, werden alle Parameter durchgehend als Bandbreiten (konservativ bis optimistisch) statt als Punktschätzungen ausgewiesen. Das ausgewiesene Einsparpotenzial ist eine Bruttogröße

auf der Vermeidungsseite; die Kosten der physiotherapeutischen Leistung selbst, die diesen Effekt erzielt, sind nicht gegengerechnet.

Die folgenden Abschnitte stellen die einzelnen Lebensstationen im Detail vor – gegliedert nach Persona und mit jeweils vollständiger Herleitung von Zielpopulation, Effektgröße, Kostenbasis und PT-Anteil sowie den stationsspezifischen Grenzen der Aussagekraft.

4.4. Persona 1 – Chronischer Rückenschmerz

4.4.1. P1-Station 2 — Vermeidung elektiver lumbaler Dekompressionsoperationen

Zielpopulation (N): Elektive lumbale Dekompressionsoperationen in Österreich

Ausgangspunkt ist die Spitalsentlassungsstatistik der Statistik Austria (STATcube) für das Berichtsjahr 2024. Die Diagnosegruppe M51 („Sonstige Bandscheibenschäden“) weist 18.330 Entlassungsfälle aus; grenzt man auf Fälle mit dokumentierter operativer Leistung ein, ergeben sich 7.367 Fälle. Diese Filterung markiert alle operativ behandelten Fälle, umfasst jedoch neben Dekompressionen/Diskektomien auch andere Verfahren (Fusion, Vertebroplastie), die im Leistungskatalog nicht separat abrufbar waren.

Zur Bestimmung des dekompressions-/diskektomiebezogenen Anteils wurde internationale Evidenz zur Verfahrensverteilung herangezogen: Eine Befragung von Orthopädinnen und Orthopäden sowie Neurochirurginnen und Neurochirurgen in Australien/Neuseeland ergab, dass Mikrodiskektomie das von 73 % der Chirurginnen und Chirurgen bevorzugte Verfahren bei primärer Bandscheibenhernie ist (Chen, Diwan, & Chan, 2021). Eine koreanische Vollerhebung (n = 18.590) wies eine Verfahrensverteilung von 68,9 % offener Diskektomie, 16,1 % endoskopischer Diskektomie, 7,9 % Laminektomie, 3,9 % Fusion und 3,2 % Nukleolyse aus (Kim et al., 2013) – zusammen 92,9 % nicht fusionsbasierte Dekompressionsverfahren. Eine DACH-spezifische Verfahrensverteilung war nicht auffindbar; deutsche Krankenkassendaten zeigen jedoch stabile Fallzahlen der „Exzision von Bandscheiben und Knochen“ 2005–2014, während „Knochendekompression“ stark zunahm (Petzold et al., 2018) – vereinbar mit der Annahme mehrheitlich fusionsfreier Diskektomie bei Bandscheibenhernie.

Auf dieser Grundlage wird der Dekompressionsanteil an den 7.367 operierten M51-Fällen mit 75 % (konservativ) und 93 % (optimistisch, oberer Wert nach Kim et al., 2013) angesetzt. Daraus ergibt sich eine Zielpopulation von 5.525 / 6.851 Fällen pro Jahr.

Effektgröße: Anteil vermeidbarer Operationen durch konsequente konservative Erstlinientherapie

Als zentrale Ankerstudie dient eine prospektive Kohortenstudie zu Prädiktoren des Operationsbedarfs bei lumbaler Bandscheibenhernie, die Patientinnen und Patienten mit Notfallindikation (schwere/progrediente motorische Defizite, Cauda-Equina-Syndrom) explizit ausschloss – also genau jene elektive Zielpopulation, die auch der STATcube-Herleitung zugrunde liegt. Von 134 verbleibenden Patientinnen und Patienten sprachen 108 (80,6 %) auf konservative Behandlung an, 26 (19,4 %) benötigten Laminotomie/Mikrodiskektomie (Motiei-Langroudi et al., 2023). WFNS-Spine-Committee-Konsensusempfehlungen stützen die Plausibilität einer hohen konservativen Erfolgsquote (Yaman et al., 2024).

Die Effektgröße im optimistischen Szenario wird aus dem zitierten Paper übernommen (80 %). Unter der Annahme, dass nicht alle potenziellen Patientinnen und Patienten die konservative Behandlung in Anspruch nehmen, wird für das erste Szenario ein niedrigerer Wert (65 %) angenommen.

Kostenbasis (K): Kosten je vermiedene Operation

Die Leistungskomponente lumbale Dekompression (MEL01.06) ist im LKF-Modell 2026 mit 5.141 Punkten bewertet. Zur Umrechnung wird zwischen dem kostendeckend ermittelten „Eurowert je LKF-Punkt“ (tatsächliche Ressourcenkosten) und dem tatsächlich abgerechneten, meist niedrigeren „LKF-Gebührenersatz“ unterschieden. Da die Studie eine gesamtwirtschaftliche Perspektive einnimmt, wird der kostendeckende Eurowert als Berechnungsgrundlage herangezogen.

Zur Ermittlung der Euro-Werte je LKF-Punkt werden die in den Bundesländern aktuell angewandten Werte herangezogen. Konkret werden alle im RIS¹⁴ verfügbaren Daten für das Jahr 2026 erfasst. In der Datenbank sind Euro-Werte für fünf Bundesländer enthalten (Burgenland, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg). Die auf diese Weise erhobenen Daten wurden miteinander verglichen und statistisch bewertet, um Schätzwerte für die berechneten Szenarien zu erhalten.

Auf dieser Grundlage wird der Punktwert mit 1,46 € (konservativ) und 1,98 € (optimistisch) angesetzt. Daraus ergibt sich $K = 7.506 \text{ €} / 10.179 \text{ €}$ je vermiedene Operation.

¹⁴ Rechtsinformationssystem des Bundes (<https://www.ris.bka.gv.at/>)

PT-Anteil: Anteil der Physiotherapie am Behandlungserfolg der konservativen Therapie

Systematische Übersichten über 15 (Oliveira et al., 2018) bzw. 10 methodisch hochwertige (Wong et al., 2017) internationale Leitlinien zeigen übereinstimmend, dass Bewegungstherapie durchgehend als zentrales aktives Element der konservativen Rückenschmerzbehandlung empfohlen wird. Eine aktuelle Metaanalyse zeigt, dass 60 % (Schmerz) bzw. 69 % (Behinderung) der beobachteten Verbesserung auf „kontextuelle Effekte“ (therapeutische Beziehung, Erwartungshaltung) zurückgehen statt auf die spezifische Übung selbst (de Roode et al., 2024, GRADE-Evidenzsicherheit niedrig) – dies wird hier als Hinweis auf eine hohe PT-Attribution über die Behandlungsbeziehung gewertet, nicht als Gegenargument. Dieser Parameter bleibt strukturell eine Konsensschätzung von Expertinnen und Experten; bei allen Szenarien wird ein Anteil von 60 % angenommen.

Zusammenfassung: Berechnungsintervall

Bei 5.525 bis 6.851 elektiven lumbalen Dekompressionsoperationen pro Jahr entspricht die Bandbreite von rund **16,2 bis 33,5 Mio. €** jenen Operationskosten im Akutspital (LKF-bewertet mit 7.506 bis 10.179 € je Eingriff), die nicht anfallen, wenn 65 bis 80 % dieser Eingriffe durch konsequente konservative Erstlinientherapie vermieden werden – davon 60 % der Physiotherapie zugerechnet. Beziffert sind ausschließlich vermiedene Operationskosten im Gesundheitssystem, nicht Folgekosten, Krankenstände oder Produktivitätseffekte.

4.4.2. P1-Station 4 — Rezidiv-/Chronifizierungsverhinderung durch Physiotherapie-Nachsorge

Methodische Anmerkung zu q: Anders als in P1-Station 2 wird der q-Anteil hier als eigenständiger Multiplikator geführt, da er einen empirisch abgrenzbaren Sachverhalt beschreibt (Anteil der Personen mit mehreren Krankenstandsepisoden im Jahresverlauf), der nicht bereits in der Effektgrößen-Studie enthalten ist.

Zielpopulation: Krankenstandsfälle wegen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens

Der Fehlzeitenreport 2026 weist für 2025 (unselbstständig aktiv Beschäftigte bis 64 Jahre) 388.093 Krankenstandsfälle mit Diagnose „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (ICD-10 M40–M54) aus – 64,0 % aller Krankenstandsfälle wegen Muskel-Skelett- und Bindegewebserkrankungen (MSB) und 5.145.602 Krankenstandstage (Ø 13,3 Tage/Fall) (Mayrhuber & Bittschi, 2026, Übersicht A8).

Geeigneter Anteil (q): Anteil mit Rezidiv-/Chronifizierungsrisiko

Der Fehlzeitenreport 2026 enthält einen Analyseabschnitt zu wiederkehrenden Episoden bei Muskel-Skelett-Erkrankungen: 2025 blieb es bei 77,6 % der betroffenen Frauen und 74,4 % der betroffenen Männer bei einer einzigen Episode; die übrigen rund 25 % wiesen zwei oder mehr Episoden auf. Fallzahlgewichtet ergibt sich ein Anteil von 24,3 % mit wiederkehrenden Episoden (22,4 % Frauen, 25,6 % Männer). Für die Berechnung werden somit 22 % und 26 % als untere bzw. obere Grenze berücksichtigt.

Transparenzhinweis: Diese Kennzahl bezieht sich auf alle Muskel-Skelett-Erkrankungen (ICD-10 Kapitel XIII), nicht spezifisch auf Rückendiagnosen. Da Rückendiagnosen 64 % aller MSB-Fälle ausmachen und den Analyseabschnitt strukturell dominieren, wird sie als plausible Näherung für die rückenschmerzspezifische Rezidivquote verwendet.

Effektgröße: Relative Reduktion der Rezidivrate durch PT-Nachsorge

Als erste Ankerstudie dient das Cochrane-Review von Choi et al. (2010) zu Bewegungstherapie zur Rezidivprävention: Nachsorge-Bewegungstherapie reduzierte die Rezidivrate innerhalb eines Jahres signifikant (Rate Ratio 0,50; 95-%-KI 0,34–0,73) und die Krankenstandstage (Mittelwertsdifferenz –4,37 Tage; niedrige Evidenzqualität, aber richtungskonsistent mit dem AT-spezifischen Tage-Unterschied im Abschnitt Kosten). Die Rezidivraten-Reduktion selbst (Rate Ratio 0,50) ist mit moderater Evidenzqualität belegt. Eine aktuelle Übersichtsarbeit bestätigt die Größenordnung: Bewegung allein reduziert das Risiko einer erneuten LBP-Episode um rund 33 % (RR 0,67), in Kombination mit Aufklärung um 27–45 % (RR 0,55–0,73) (Rachmatina et al., 2025).

Für das konservative Szenario wird der in Rachmatina et al. geschätzte Wert angenommen (33 %) und als obere Grenze wird jener aus Choi et al. (50 %) berücksichtigt.

Kostenbasis (K): Kosten je vermiedenes Rezidiv/Chronifizierung

Der Fehlzeitenreport 2026 erlaubt eine direkte AT-spezifische Herleitung über zwei Bausteine. Erstens die Tage-Differenz zwischen Verlaufstypen: Personen mit nur einer MSB-Episode verzeichneten im gewichteten Mittel 18,9 Krankenstandstage (Frauen 20, Männer 18), Personen mit zwei oder mehr Episoden 29,1 Tage. Die Differenz von 10,2 Tagen wird als je Fall vermeidbarer Mehraufwand eines Rezidivs angesetzt. Auf dieser Grundlage wird K mit 10,2 Tagen $\times$ 250 € (konservativ) = 2.550 € und $\times$ 280 € (optimistisch) = 2.856 € angesetzt. Die Tage-Differenz wird bewusst konstant gehalten und nur der Tagessatz variiert, um eine Inkonsistenz zur q-Definition zu vermeiden.

Transparenzhinweis: Die beobachtete Tage-Differenz zwischen Episodengruppen ist korrelativ, nicht notwendigerweise rein kausal auf eine „Rezidiv-Dynamik“ zurückführbar – ein Teil könnte schwerere Grunderkrankungen widerspiegeln, die sowohl mehr Episoden als auch längere

Einzelepisoden begünstigen. Diese Kennzahl ist die beste verfügbare Österreich-spezifische Näherung, aber keine kausal bereinigte Effektschätzung.

PT-Anteil: Anteil der Physiotherapie am Erfolg der Sekundärprävention

Der Fehlzeitenreport 2026 selbst zitiert Hayden et al. (2021), wonach Bewegungstherapie gegenüber reiner Aufklärung und Elektrotherapie wirksamer ist, sowie Jurak et al. (2023), die multidisziplinäre biopsychosoziale Rehabilitation mit Einzelinterventionen bei chronischem Rückenschmerz vergleichen; die Unterschiede zwischen den Ansätzen waren dort insgesamt gering und statistisch unsicher, keine Modalität war den anderen klar überlegen. Für den PT-Anteil ist dennoch relevant, dass multidisziplinäre Programme neben Physiotherapie auch ärztliche, psychologische und ggf. sozialarbeiterische Komponenten umfassen – der PT-Anteil bildet ab, dass Physiotherapie ein wesentlicher, aber nicht alleiniger Bestandteil des Sekundärpräventionserfolgs ist. Der PT-Anteil wird mit 60 % konstant über alle Szenarien angenommen.

Zusammenfassung: Berechnungsintervall

Von 388.093 Krankenstandsfällen wegen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens pro Jahr weisen 22 bis 26 % ein Rezidivrisiko auf; werden 33 bis 50 % dieser Rezidive durch Physiotherapie-Nachsorge verhindert, entfallen je vermiedenes Rezidiv 10,2 Krankenstandstage im Wert von 2.550 bis 2.856 €. Die Bandbreite von rund **43,1 bis 86,5 Mio. € pro Jahr** (PT-Anteil 60 %) beziffert damit ausschließlich vermiedene Krankenstandskosten auf der Erwerbsseite, keine Behandlungs- oder Spitalskosten.

4.5. Persona 2 – Kniearthrose & Sturz

4.5.1. P2-Station 2 — Sturzprävention bei sturzgefährdeten älteren Frauen (Otago-Programm)

Zielpopulation (N), Effektgröße und PT-Anteil

Zielpopulation (N): 12.897 Hüftfrakturen bei Frauen ab 65 Jahren pro Jahr (abgegrenzt als Frakturen des Femurs, ICD-10 S72), basierend auf STATcube-Spitalsentlassungen 2024.

Geeigneter Anteil (q): Sturzbedingter Anteil × realistische Programmreichweite

Der Parameter q ist definiert als das Produkt aus dem sturzbedingten Anteil der Hüftfrakturen und der realistischen Reichweite eines strukturierten bewegungstherapeutischen Programms in der relevanten, noch trainierbaren Zielgruppe.

Komponente 1 – sturzbedingter Anteil der Hüftfrakturen: Eine systematische Übersichtsarbeit kommt zu dem Schluss, dass über 90 % der Hüftfrakturen bei älteren

Menschen sturzbedingt sind (Lim et al., 2024). Dieser hohe Anteil bildet die Obergrenze des durch Sturzprävention potenziell adressierbaren Anteils.

Komponente 2 – realistische Programmreichweite: Eine irische Langzeitstudie (TILDA) zeigt, dass von jenen Personen, die vor ihrer späteren Fraktur bereits als unsicher auf den Beinen auffielen, nur etwa ein Fünftel (19 von 89, rund 21 %) zuvor überhaupt physiotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen hatte (Daly et al., 2024).

Diese Reichweite (20 %) wird als Status quo im konservativen Szenario berücksichtigt; daraus ergibt sich durch Verknüpfung beider Komponenten ein q-Wert von rund 18 %. Im optimistischen Szenario wird eine plausible Erweiterung der Reichweite der Physiotherapie auf 30 % angenommen, der q-Wert beträgt hier somit etwa 27 %.

Transparenzhinweis: Eine aktuelle Analyse an 606.715 Frauen zeigt, dass der auf erhöhte Sturzneigung zurückführbare Anteil an Hüftfrakturen mit dem Alter deutlich abnimmt – von 23,9 % bei 50- bis 54-Jährigen auf nur 3,9 % bei 90- bis 94-Jährigen (Lorentzon et al., 2025). Da die Zielpopulation „Frauen 65+“ altersmäßig breit gefasst ist, könnte der q-Wert für die hochaltrige Teilgruppe niedriger liegen. Da sich Otago konzeptionell an noch mobile, trainierbare Personen richtet, wird dieser Effekt als vertretbar eingeschätzt, aber als Grenze der Aussagekraft dokumentiert.

Effektgröße

Das Cochrane-Review von Sherrington et al. (2019) fand über 10 Studien mit 4.047 Teilnehmenden eine signifikante Reduktion sturzbedingter Frakturen durch Bewegungstherapie (Risk Ratio 0,73; 95%-KI 0,56–0,95; Evidenzsicherheit niedrig) – dies entspricht einer relativen Reduktion von rund 27 %. Eine Netzwerk-Metaanalyse von Dautzenberg et al. (2021) berichtet eine Risk Ratio von 0,62 (95%-KI 0,42–0,90), entsprechend rund 38 % Reduktion. Zhao, Feng und Wang (2017) fanden in einer Metaanalyse von 15 randomisierten kontrollierten Studien mit 3.136 Teilnehmenden eine Risk Ratio von 0,604 (95%-KI 0,453–0,840), entsprechend rund 40 % Reduktion.

Diese drei Quellen sind methodisch vergleichbar (Bewegungstherapie bei älteren, gemeindenah lebenden Personen, Endpunkt: sturzbedingte Frakturen) und konvergieren trotz unabhängiger Studienpools auf eine Bandbreite von rund 27–40 % relativer Frakturriduktion. Auf dieser Grundlage wird die Effektgröße mit 27 % (konservativ, Sherrington et al., 2019) und 40 % (optimistisch, Zhao et al., 2017) angesetzt; der Wert von Dautzenberg et al. (2021) liegt mit 38 % innerhalb dieser Bandbreite.

Eine aktuelle, methodisch anders angelegte Übersichtsarbeit (Alalwani et al., 2026) fand über fünf Studien mit 18.519 Teilnehmenden keinen signifikanten Effekt auf Frakturen (Risk Ratio 0,91; 95%-KI 0,72–1,14; Evidenzsicherheit sehr niedrig); da diese Arbeit jedoch Bewegungstherapie, Vitamin-D-Supplementierung und multifaktorielle Interventionen gemeinsam poolt und keine bewegungsspezifische Subgruppenanalyse berichtet, wird sie

hier nicht als primäre Quelle herangezogen, aber als Beleg für die bestehende Evidenzunsicherheit dokumentiert.

Kostenbasis (K): Beschränkung auf unabhängig nachprüfbare Open-Access-Quellen

Die Kostenbasis wird auf zwei Publikationen gestützt: Muschitz, Dimai et al. (2022) berechnen für 2018 reine Akutspitalskosten von Hüftfrakturen in Österreich: 76.892.113 € für 16.466 Fälle, rund 4.670 €/Fall (Tagsatz 346 €/Tag). Diese Zahl bildet ausschließlich Bettentage im Akutspital ab und schließt Rehabilitation, Pflege und Produktivitätsausfall explizit aus. Dimai et al. (2012) berechnen für 2008 einen breiteren Kostenbegriff (Akutspital, ambulante Versorgung, Physiotherapie, Bildgebung, Pflege und Angehörigenpflege, ohne Rehabilitation): rund 239,5 Mio. € für 14.871 Fälle, rund 16.100 €/Fall.

Beide Quellen wurden mit einer angenäherten kumulierten Inflationsrate (2018–2026 $\approx$ 25 %; 2008–2026 $\approx$ 45 %) auf das Preisniveau 2026 hochgerechnet: rund 5.840 € (Muschitz/Dimai 2022) und rund 23.300 € (Dimai et al. 2012).

Die herangezogenen Quellen ziehen unterschiedliche Kostenkomponenten in Betracht und sind daher miteinander nicht unmittelbar vergleichbar. Aus diesem Grund werden in dieser Station zwei Varianten errechnet, die jeweils auf eine der erwähnten Kostenbasen zurückgreifen (plus/minus 10 % für das konservative bzw. optimistische Szenario).

Transparenzhinweis: Diese Bandbreite bildet ausschließlich direkte medizinische und pflegerische Kosten ab. Rehabilitationskosten, Produktivitätsausfall und informelle Pflege jenseits des in Dimai et al. (2012) erfassten Umfangs sind nicht enthalten; die tatsächliche gesamtwirtschaftliche Belastung dürfte am oberen Rand oder oberhalb dieser Bandbreite liegen.

PT-Anteil

Der Ansatz von 90 % ist keine literaturbasierte Schätzung, sondern eine konzeptionelle Ableitung: Da Otago ein isoliert evaluiertes, ausschließlich physiotherapeutisch geführtes Übungsprogramm ist (keine Kombination mit Medikamenten, Ernährungstherapie oder anderen Fachdisziplinen in den zugrunde liegenden Studien), ist der beobachtete Effekt nahezu vollständig der Physiotherapie zurechenbar. Diese Begründung ergibt sich unmittelbar aus dem Studiendesign von Thomas et al. (2010).

Zusammenfassung: Berechnungsintervall

Von 12.897 Hüftfrakturen bei Frauen ab 65 Jahren pro Jahr sind 18 bis 27 % durch ein bewegungstherapeutisches Programm wie Otago tatsächlich adressierbar (sturzbedingter Anteil $\times$ realistische Programmreichweite); bei einer Frakturreduktion von 27 bis 40 % und einem PT-Anteil von 90 % ergeben sich rund **3,0 bis 8,1 Mio. € pro Jahr**,

wenn nur die Akutspitalskosten je Hüftfraktur (5.256 bis 6.424 €) angesetzt werden, und rund **11,8 bis 32,1 Mio. € pro Jahr** beim breiteren Kostenbegriff inklusive ambulanter Versorgung und Pflege (20.970 bis 25.630 €). Die beiden Varianten sind Alternativrechnungen zur selben Zielpopulation und dürfen nicht addiert werden.

4.5.2. P2-Station 3 — Verzögerung der Knie-Totalendoprothese durch multimodale Physiotherapie

Methodischer Hinweis: Die Effektgröße bildet bewusst nicht die rohe OP-Vermeidungsrate ab, sondern eine konservativ modellierte anteilige Kostenersparnis, die sowohl aufgeschobene als auch teilweise dauerhaft vermiedene Operationen als Barwert abbildet („Verzögerung ist nicht Vermeidung“).

Zielpopulation (N): Erstimplantationen Knie-Totalendoprothese

Die Zielpopulation wurde durch eine STATcube-Abfrage bestimmt, daraus ergeben sich bei Männern 8.828 Fälle und bei Frauen 12.631 Fälle (Berichtsjahr 2024).

Effektgröße: Anteilige OP-Kostenersparnis

Die zentrale Quelle in diesem Zusammenhang ist Skou et al. (2015). Die Studie analysiert Patientinnen und Patienten mit Operationsindikation und die Auswirkungen einer konservativen Behandlung. In der konservativ behandelten Gruppe blieben 74 % nach 12 Monaten operationsfrei. In einem späteren Artikel (Skou et al., 2018) werden die Effekte der Behandlung nach 24 Monaten analysiert. Nach zwei Jahren blieben noch etwa 68 % der Patientinnen und Patienten operationsfrei.

Diese Zusatzevidenz deutet auf ein höheres rohes Vermeidungspotenzial hin als die für die Berechnung angenommene Effektgröße. Diese wird dennoch bewusst konservativ gewählt, da sie als Barwert-Modellierung konzipiert ist, die Verzögerung und Teilvermeidung gemeinsam abbildet – eine direkte Übernahme der rohen Vermeidungsraten (74 bzw. 68 %) wäre eine Überschätzung.

Als zentraler Wert der Effektgröße gilt im Rahmen dieser Analyse eine modellierte Annahme von 20 %; sie ist bewusst nicht direkt aus den rohen Vermeidungsraten von Skou et al. (74 bzw. 68 %) berechnet, sondern eine konservative Setzung innerhalb der Barwert-Logik dieser Station. Zur Ermittlung der Bandbreite des konservativen und optimistischen Szenarios wurden die Ergebnisse von Gustafsson et al. (2024) herangezogen. Diese Studie untersucht Patientinnen und Patienten mit Kniearthrose in Bezug auf den Fortschritt zu einer Ersatz-OP innerhalb von fünf Jahren und unterscheidet dabei zwischen Individuen, die auf eine erste konservative Behandlung ansprachen (Responder), und solchen ohne ausreichendes Ansprechen (Non-Responder). Nach fünf Jahren waren 14 % der Responder

und 20 % der Non-Responder zu einer Gelenkersatzoperation fortgeschritten – ein Verhältnis von 0,7 (14/20) zugunsten der Responder, entsprechend einer relativen Risikodifferenz von rund 30 %. (Für denselben Vergleich berichtet die Studie zusätzlich eine adjustierte Hazard Ratio von 0,6.)

Die Hälfte dieser relativen Risikodifferenz (rund 15 %) wurde symmetrisch auf den Mittelwert von 20 % angewendet, um die Grenzwerte des konservativen (17 %) und optimistischen (23 %) Szenarios zu bestimmen. Als zusätzlicher Plausibilitätsanker: Eine kanadische Real-World-Budget-Impact-Analyse zur Umsetzung strukturierter Bewegungstherapie (GLA:D)¹⁵ schätzt die tatsächliche OP-Risikoreduktion konservativ auf rund 11 % (Mazzei et al., 2025), während randomisierte kontrollierte Studien Vermeidungsraten von 44 bis 68 % zeigen; der gewählte Zentralwert von 20 % bewegt sich innerhalb dieses Korridors aus Real-World- und RCT-Evidenz, liegt jedoch näher am konservativen Ende.

Kostenbasis (K): LKF-Punkte verifiziert, Punktwert aktualisiert

Anlage 4 (LDF-Tabellendarstellung) des LKF-Modells 2026 weist für MEL14.10 exakt 8.708 Punkte (Variante B) und 12.501 Punkte (Variante A) aus. Die Euro-Werte je LKF-Punkt wurden in ähnlicher Weise wie für die Persona 1/Station 2 gerechnet. Für das konservative Szenario ergibt sich daher ein Wert von 1,46 € je LKF-Punkt, im optimistischen Szenario sind es 1,98 € je LKF-Punkt.

Aus der Multiplikation dieser Komponenten ergeben sich 12.714 € (konservativ) bzw. 17.242 € (optimistisch) je vermiedene bzw. verzögerte Operation.

Geeigneter Anteil (q): Elektiver/verzögerbarer Anteil

Eine kanadische Studie zu Ressourcennutzung und Wartezeiten bei Knie-TEP-Zuweisungen (Lebedeva et al., 2021) fand, dass von 383 für eine TEP-Konsultation zugewiesenen Patientinnen und Patienten 40 % als nicht für eine Operation geeignet eingestuft wurden, weil konservative Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft waren. Hier wird daher im konservativen Szenario ein geeigneter Anteil von 40 % angenommen. Der optimistische Wert von 60 % ist eine modellierte Annahme am oberen Rand eines internationalen Evidenzkorridors zur Angemessenheit von Knie-TEP: Riddle et al. (2014) stufen anhand eines validierten Appropriateness-Algorithmus¹⁶ 56 % der

¹⁵ GLA:D (Good Life with osteoArthritis in Denmark) ist ein standardisiertes Edukations- und Bewegungstherapieprogramm für Hüft-/Kniearthrose, ursprünglich in Dänemark entwickelt und mittlerweile u. a. in Kanada und Australien implementiert.

¹⁶ Der Appropriateness-Algorithmus (RAND/UCLA-Methode) bewertet anhand von Schweregrad, Symptombdauer und Ausschöpfung konservativer Optionen, ob eine Knie-TEP als „appropriate“, „inconclusive“ oder „inappropriate“ einzustufen ist; validiert u. a. durch Escobar et al. (2021).

tatsächlich durchgeführten Knie-TEP als nicht eindeutig indiziert ein (34 % inappropriate, 22 % inconclusive), Skou et al. (2018) zeigen, dass rund 68 % der für eine TEP geeigneten Patientinnen und Patienten den Eingriff nach strukturierter konservativer Behandlung um mindestens zwei Jahre aufschieben konnten.

PT-Anteil: Anteil der Physiotherapie am multimodalen Behandlungserfolg

Das Studiendesign von Skou et al. (2015) zeigt, dass das konservative Vergleichsprogramm gemeinsam von Physiotherapie und Diätologie geliefert wurde: Bewegungstherapie und Patientenedukation durch die Physiotherapie, Ernährungsberatung separat durch die Diätologie. Physiotherapie liefert damit strukturell zwei der drei Kernkomponenten. Im Rahmen dieser Analyse wird daher für beide Szenarien ein PT-Anteil von 60 % angenommen.

Zusammenfassung: Berechnungsintervall

Von 21.459 Erstimplantationen einer Knie-Totalendoprothese pro Jahr gelten 40 bis 60 % als elektiv und damit verzögerbar; die Effektgröße von 17 bis 23 % ist keine OP-Vermeidungsrate, sondern die als Barwert modellierte anteilige Ersparnis an Operationskosten (12.714 bis 17.242 € je Eingriff) aus aufgeschobenen und teilweise dauerhaft vermiedenen Operationen. Die Bandbreite von rund **11,2 bis 30,5 Mio. € pro Jahr** (PT-Anteil 60 %) beziffert somit eingesparte Operationskosten aus Verzögerung, nicht vollständig entfallene Eingriffe.

4.6. Persona 4 – Schlaganfall

4.6.1. P4-Station 1 — Early Supported Discharge: koordinierte multidisziplinäre Frühentlassung

Zielpopulation (N)

Zwei unabhängige, frei zugängliche Quellen bestätigen übereinstimmend die Zielpopulation: Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) nennt für 2023 exakt 25.659 Fälle, das Gesundheitsportal Österreich unabhängig davon rund 25.000 Fälle pro Jahr (Gesundheitswirtschaft.at/ÖGK, 2024; Gesundheitsportal Österreich, o. J.). N = 25.000 wird über alle drei Szenarien übernommen.

Geeigneter Anteil (q)

Der ursprünglich vorgesehene Kernhebel („intensivierte Inhouse-Mobilisation“) musste verworfen werden, da die dafür herangezogenen Quellen nicht verfügbar waren; an seine Stelle trat die tatsächlich verifizierbare Evidenz zu Early Supported Discharge (ESD). Eine Analyse des britischen Schlaganfallregisters SSNAP (Bhalla et al., 2019, n = 306.078) zeigt,

dass 84,7 % der Patientinnen und Patienten mit vollständigen Schweregrad-Daten einen leichten bis mittelschweren Schlaganfall hatten und 85,2 % als für Physiotherapie geeignet eingestuft wurden. Schweregrad ist jedoch nur eines von mehreren ESD-Eignungskriterien: Fisher et al. (2011) weisen im Rahmen ihres Delphi-Konsens darauf hin, dass zusätzliche Faktoren wie häusliches Umfeld, verfügbare Betreuungsperson, medizinische Stabilität und Wohnortnähe zur Klinik den praktisch geeigneten Anteil weiter einschränken. Aus der Kombination beider Kriterien ergibt sich die Bandbreite $q = 35 \%$ (konservativ) / 42% (mittel) / 48% (optimistisch); eine österreichische ESD-Verfügbarkeits- und Eignungsstatistik liegt nicht vor, die Bandbreite bleibt plausibilitätsgestützt.

Effektgröße

Als Ersatzquelle für den verworfenen Kernhebel dient das Cochrane-Review von Langhorne und Baylan (2017) zu Early Supported Discharge. Über alle 17 eingeschlossenen randomisierten kontrollierten Studien ($n = 2.422$) zeigte sich eine Verkürzung der akutstationären Liegedauer um durchschnittlich 5,5 Tage (95%-Konfidenzintervall 2,9 bis 8,2 Tage). Für die Bandbreite wurden konservativ die untere Grenze des Konfidenzintervalls (3 Tage, gerundet) und optimistisch die obere Grenze (8 Tage, gerundet) angesetzt; für das mittlere Szenario (Kernaussage) wird der Punktschätzer von 5,5 Tagen verwendet. Eine aktuelle Übersichtsarbeit zu reiner Inhouse-Frühmobilisation berichtet demgegenüber keine signifikante Verkürzung der Aufenthaltsdauer (Maffassanti-Reyes et al., 2025), was die Entscheidung stützt, den Kernhebel auf ESD statt auf reine Mobilisationsdosis zu stützen.

Kostenbasis (K)

Als Kostenbasis dienen die durchschnittlichen Kosten je akutstationären Belagstag, da der Kernhebel eine kontinuierliche Verkürzung der Liegedauer in Tagen ist. Die offizielle Publikationsreihe „Krankenanstalten in Zahlen“ des BMASGPK weist für den bundesweiten Durchschnitt aller landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten folgende Ist-Werte aus: 2023 = 1.320 €, 2024 = 1.407 € je Belagstag. Konservativ und mittel entsprechen diesen beiden zuletzt gemessenen Jahren; für das optimistische Szenario wurde der Wert mit der zuletzt beobachteten Jahreswachstumsrate (2023 auf 2024: +6,6 %) ein weiteres Jahr auf 2025 fortgeschrieben ($1.407 \text{ €} \times 1,066 \approx 1.499,86 \text{ €}$). Der krankenhausweite Durchschnitt über alle Fachrichtungen ist dabei eher konservativ, da neurologische Akutversorgung tendenziell ressourcenintensiver ist als der Durchschnitt.

PT-Anteil

ESD-Teams sind laut Konsens-Literatur (Fisher et al., 2011, Delphi-Konsens mit zehn ESD-Trialists) grundsätzlich multidisziplinär und bestehen typischerweise aus Medizin, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Physiotherapie ist damit eine von mehreren

tragenden Säulen des ESD-Effekts, nicht dessen alleinige Ursache. Die Bandbreite 30 % (konservativ) / 36 % (mittel) / 42 % (optimistisch) bildet den Team-Charakter des Effekts ab: Physiotherapie ist eine von drei bis vier gleichrangigen Berufsgruppen im Team (rechnerischer Gleichanteil wäre 25–33 %), wird hier aber mit einem leichten Aufschlag angesetzt, da sie innerhalb von ESD-Teams typischerweise den größten Anteil der direkten Kontaktzeit einnimmt.

Zusammenfassung: Berechnungsintervall

Von rund 25.000 Schlaganfällen pro Jahr sind 35 bis 48 % für eine koordinierte Frühentlassung (ESD) geeignet; verkürzt sich deren akutstationäre Liegedauer um 3 bis 8 Tage bei 1.320 bis 1.499,86 € je Belagstag, entfallen bei einem PT-Anteil von 30 bis 42 % rund **10,4 bis 60,5 Mio. € pro Jahr**. Beziffert sind damit ausschließlich vermiedene Belagstagskosten im Akutspital – Rehabilitations-, Pflege- und Betreuungskosten nach der Entlassung sind nicht enthalten.

Das mittlere Szenario (**≈ 29,3 Mio. €/Jahr**) ist als Kernaussage zu lesen; die Bandbreite von rund 10,4 bis 60,5 Mio. €/Jahr bildet die multiplikative Sensitivität aller vier variierten Annahmen ab.

4.7. Diabetes mellitus Typ 2 – Fallstudie

4.7.1. DIA-NF-A — Diabetische periphere Neuropathie: Balance-/Gangtherapie zur Sturzprävention

DIA-NF-A adressiert das sturzbezogene Zusatzrisiko durch diabetische periphere Neuropathie (DPN) und ist nicht mit der allgemeinen, altersassoziierten Sturzprävention aus Persona 2 (P2-Station 2, Otago-Programm) zu verwechseln. Die Recherche ergab einen gemischten Befund, der ein Zwei-Hebel-Modell erforderlich macht: Die Evidenz zu Funktionsverbesserungen (Balance, Gangqualität) ist stark, die Evidenz zu tatsächlicher Sturzreduktion als hartem Endpunkt ist es nicht. Beide Hebel werden im Folgenden anhand der vorhandenen Studienlage dargestellt – bewusst ohne finale monetäre Hochrechnung, da die Datenlage für belastbare Szenarien in beiden Fällen nicht ausreicht.

Zur Einordnung der Größenordnung: Eine 14-Länder-Studie (INTERPRET-DD) fand eine DPN-Gesamtprävalenz von 26,71 % unter Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetikern (Papanas et al.), eine große deutsche Registerstudie („Diabetes und Nerven“) 42,2 % bei Typ-2-Diabetes. Bei einer geschätzten T2DM-Gesamtpopulation in Österreich von rund 700.000 Menschen betrifft die diabetische periphere Neuropathie damit potenziell mehrere hunderttausend Personen. Die genaue Zielgruppengröße wird hier jedoch bewusst nicht in eine Berechnung überführt (Begründung siehe unten).

Hebel A: Reduktion von Sturzfolgen durch Balance-/Gangtherapie

Bewegungstherapie in Form von Balance- und Gangtraining zielt bei DPN darauf ab, das sturzbedingte Risiko für Frakturen und Hospitalisierungen zu senken. Die einzige identifizierte Studie mit echtem Sturz-Endpunkt speziell bei DPN-Patientinnen und -Patienten ist Kruse et al. (2010), eine „Feet First“-RCT (n = 79, 12 Monate): Sie fand keine statistisch signifikanten Unterschiede bei tatsächlichen Stürzen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Die Studie merkt jedoch selbst an, dass die Trainingsintensität unzureichend war, um Kraft und Balance messbar zu verbessern – das Nullresultat ist daher eher ein Hinweis auf eine noch unzureichend belegte Kausalkette als ein Beweis der Wirkungslosigkeit. Eine aktuelle Metaanalyse über 21 RCTs Wang et al. (2025) zeigt zwar robuste Verbesserungen bei Funktions-Surrogaten (siehe Hebel B), misst aber keine tatsächlichen Sturzereignisse. Ein Umbrella-Review über 14 systematische Übersichtsarbeiten (Gracia-Sánchez et al., 2025) bestätigt, dass die Wirkung auf die Sturzrisikoreduktion trotz solider Funktionsevidenz uneindeutig („*inconclusive*“) bleibt.

Aus diesen Gründen wird für Hebel A keine finale Berechnung mit Szenarien (konservativ/mittel/optimistisch) vorgenommen: Der harte Endpunkt „tatsächliche Sturzreduktion“ ist für die DPN-spezifische Zielgruppe nicht robust belegt, mögliche Ankerwerte aus nicht DPN-spezifischen Studien wären nur über unsichere Transferannahmen übertragbar, und auch Teilnahmequote sowie Kostenbasis je vermiedenes Ereignis liegen für Österreich nicht spezifisch vor. Eine Hochrechnung in Euro würde damit eine Genauigkeit suggerieren, die die Studienlage nicht hergibt. Für die Relevanzargumentation bleibt dennoch bedeutsam, dass Physiotherapie hier grundsätzlich am richtigen Hebel ansetzt – nur der Kausalnachweis zum harten Endpunkt fehlt bislang in der Literatur.

Hebel B: Verbesserung von Balance, Gangqualität und Sturzangst

Anders als beim harten Sturz-Endpunkt ist die Evidenz zu Funktionsverbesserungen durch strukturierte Bewegungstherapie bei DPN in der Literatur robust. *Timed-Up-and-Go-Test (TUG)*, *Berg Balance Scale (BBS)* und *Einbeinstand-Test* sind standardisierte physiotherapeutische Assessments zur Beurteilung von Mobilität, Gleichgewicht und Sturzrisiko.¹⁷ Wang et al. (2025), eine Metaanalyse über 21 RCTs, quantifiziert die Effekte je Form der Bewegungstherapie. Balance-Übungen verkürzten den Timed-Up-and-Go-Test um 1,47 Sekunden (95%-KI -1,79 bis -1,15), verbesserten den Berg Balance Scale Score um 0,93 Punkte (0,49–1,37) und die Einbeinstand-Zeit bei geöffnetem Auge um 2,72

¹⁷ Timed Up and Go Test (TUG) – [https://www.physio-pedia.com/Timed_Up_and_Go_Test_\(TUG\)](https://www.physio-pedia.com/Timed_Up_and_Go_Test_(TUG))
Berg Balance Scale (BBS) – https://www.physio-pedia.com/Berg_Balance_Scale
Single Leg Stance Test (Einbeinstand) – https://www.physio-pedia.com/Single_Leg_Stance_Test

Sekunden (1,86–3,58). Noch deutlicher fielen die Effekte bei multikomponenter Bewegungstherapie aus: Der Timed-Up-and-Go-Test verkürzte sich um 1,71 Sekunden (–2,26 bis –1,17), der Berg Balance Scale Score verbesserte sich um 2,0 Punkte (1,28–2,72) und die Einbeinstand-Zeit um 7,07 Sekunden (4,35–9,79). Kraft-Übungen zeigten beim Timed-Up-and-Go-Test ebenfalls einen signifikanten Effekt (–1,45 Sekunden; –2,75 bis –0,15), blieben jedoch bei Berg Balance Scale und Einbeinstand ohne statistisch signifikante Wirkung.

Diese Effekte sind statistisch signifikant und über mehrere Studien konsistent; auch das Umbrella-Review von Gracia-Sánchez et al. (2025) bestätigt eine solide Funktions- und Symptomevidenz. Sie belegen, dass Physiotherapie bei DPN einen messbaren, funktionell relevanten Nutzen hat – auch wenn sich dieser, wie unter Hebel A dargestellt, (noch) nicht zweifelsfrei in eine geringere tatsächliche Sturzhäufigkeit übersetzen lässt.

Hebel B wird hier bewusst nicht in eine Berechnung oder Szenarien überführt, da für „eine Einheit Balanceverbesserung“ keine verlässliche, allgemein akzeptierte Kostenbasis existiert – anders als etwa bei vermiedenen Frakturen oder Spitaltagen lässt sich ein TUG- oder BBS-Punktwert nicht plausibel in Euro übersetzen. Hebel B ist daher als eigenständiger, qualitativer Beleg für den Wert der Physiotherapie bei DPN zu lesen, als Ergänzung zur Relevanzargumentation.

4.8. Zusammenfassung

Studienteil 2 überführt die auf Ebene 3 des Dahlgren-Whitehead-Modells beschriebenen Wirkmechanismen der Physiotherapie in konkrete, zahlenmäßig unterlegte Fallbeispiele. Für drei mit Physio Austria abgestimmte Personae – chronischer Rückenschmerz, Kniearthrose & Sturzrisiko und Schlaganfallrehabilitation (sowie ergänzend eine eingeschränkte Diabetes-Fallstudie) – wurden insgesamt sechs Lebensstationen betrachtet, von denen fünf nach derselben multiplikativen Logik hochgerechnet wurden: Zielpopulation × geeigneter Anteil × Effektgröße × Kostenbasis × PT-Anteil, jeweils als Bandbreite von konservativ bis optimistisch.

Jede Station bildet einen eigenständigen, in sich abgegrenzten Kostenausschnitt für eine eigene Zielpopulation ab – von vermiedenen Operationskosten über vermiedene Krankenstandstage bis zu vermiedenen Pflegefolgekosten. Die Bandbreiten sind daher nicht additiv und dürfen weder über die Stationen einer Persona noch über die Personae hinweg zu einer Gesamtsumme „Wert der Physiotherapie in Österreich“ zusammengeführt werden. Die sechste Station, die Diabetes-Fallstudie (DIA-NF-A), wird aufgrund der eingeschränkten Datenlage nicht beziffert: Weder die Reduktion von Sturzfolgen (Hebel A) noch die ebenfalls belegte Funktionsverbesserung (Hebel B) lassen sich derzeit belastbar in Euro fassen.

**Tabelle 36: Die Ergebnisse im Überblick (Einsparpotenzial in € pro Jahr)**

Persona	Lebensstation	Kostenausschnitt	Bandbreite (€/Jahr)
P1 – Rückenschmerz	St. 2: Vermeidung elektiver Dekompressions-OP	vermiedene Operationskosten, Akutspital	≈ 16,2–33,5 Mio.
P1 – Rückenschmerz	St. 4: Rezidiv-/Chronifizierungsverhinderung	vermiedene Krankenstandskosten, Erwerbsseite	≈ 43,1–86,5 Mio.
P2 – Kniearthrose & Sturz	St. 2: Sturzprävention (Otago)	vermiedene Hüftfrakturkosten – Akut / Gesamt (inkl. ambulant & Pflege)	≈ 3,0–8,1 Mio. (Akut) / ≈ 11,8–32,1 Mio. (Gesamt)
P2 – Kniearthrose & Sturz	St. 3: Verzögerung Knie-TEP	anteilige OP-Kostenersparnis durch Verzögerung	≈ 11,2–30,5 Mio.
P4 – Schlaganfall	St. 1: Early Supported Discharge	vermiedene Belagstagskosten, Akutspital	≈ 10,4–60,5 Mio. (Kernaussage ≈ 29,3 Mio.)

Quelle: **Economica: eigene Darstellung.**

Studienteil 2 zielt bewusst nicht darauf ab, den Wert der Physiotherapie in Österreich in einer einzigen Zahl zu bündeln, sondern versammelt ausgewählte Fallbeispiele entlang des Lebensverlaufs. Genau in dieser Anlage liegt auch der Maßstab, an dem die Ergebnisse zu bewerten sind: nicht als Baustein einer Gesamtrechnung, sondern als Frage, ob sich an den untersuchten, methodisch besonders gut greifbaren Punkten (einer geplanten Rückenoperation, einer wiederkehrenden Krankschreibung, einem Sturz im höheren Alter, einer Knieprothese, einer Schlaganfall-Akutbehandlung) ein wirtschaftlich und gesundheitspolitisch nicht triviales Muster zeigt. Das ist an allen fünf bezifferten Stationen der Fall: In sehr unterschiedlichen Systemwelten, wie Spitalsbudget, Erwerbsleben oder Pflege, tritt Physiotherapie an Wendepunkten auf, an denen eine Entscheidung (operieren oder nicht, wieder ausfallen oder nicht, stürzen oder nicht) einen messbaren Kostenunterschied macht. Die Konsistenz dieses Musters über drei sehr unterschiedliche Personae hinweg ist der eigentliche Befund von Studienteil 2, nicht die Höhe einer einzelnen Bandbreite.

Eingeordnet in den größeren Rahmen der Studie bestätigen die Fallbeispiele empirisch, was das Dahlgren-Whitehead-Modell konzeptionell nahelegt: Gesundheitsverhalten und Versorgungsqualität wirken nicht punktuell, sondern entlang des gesamten Lebensverlaufs auf mehrere, teils weit auseinanderliegende Determinanten der Gesundheit – Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Krankenhausinanspruchnahme. Dass sich dieser diffuse, in der Gesundheitsökonomie oft nur qualitativ beschriebene Zusammenhang an fünf sehr konkreten Stationen tatsächlich in Euro-Größenordnungen fassen lässt, ist der kommunikative Mehrwert des gewählten Fallbeispiel-Ansatzes: Er

macht einen sonst abstrakten Beitrag an einzelnen, für Politik und Kostenträger nachvollziehbaren Punkten sichtbar.

Dieser Anspruch bringt zugleich die entscheidende Limitation mit sich, die über die bereits in der Berechnungslogik offengelegten Einzelunsicherheiten hinausgeht: Die Auswahl der Stationen selbst ist nicht repräsentativ, sondern folgt der methodischen Frage, wo eine Hochrechnung überhaupt vertretbar ist. Von den ursprünglich sechs mit Physio Austria diskutierten Personae konnten drei tatsächlich quantifiziert werden, ergänzt um eine qualitativ analysierte Diabetes-Fallstudie; Parkinson, kindliche Skoliose/Spreiz-Senkfuß und das metabolische Syndrom im weiteren Sinn blieben außen vor, weil ihnen ein vergleichbar klares Kontrafaktum oder eine vergleichbar belastbare Attributierbarkeit fehlte. Die dargestellten Größenordnungen bilden damit systematisch jene Bereiche der Physiotherapie ab, für die bereits eine gute Evidenz- und Registerlage besteht, nicht notwendigerweise jene, in denen ihr Beitrag am größten ist. Ergänzend gilt: Jede Station ist eine Momentaufnahme für ein Berichtsjahr; wie sich Adhärenz, Verhaltensänderung oder Systemreaktionen über mehrere Jahre und über mehrere Stationen einer Persona hinweg dynamisch entwickeln, bildet der Ansatz nicht ab.

Daraus ergeben sich naheliegende Anschlussfragen für künftige Forschung. Erstens: Lässt sich der hier erprobte Hochrechnungsansatz auf jene Personae und Lebensstationen ausweiten, die diesmal an der Datenlage scheiterten, sobald für sie eine bessere österreichspezifische Evidenz- oder Registerbasis vorliegt? Zweitens: Wie ließe sich der PT-Anteil (bislang literaturbasiert geschätzt statt kausal isoliert) durch österreichspezifische Attributionsstudien absichern, etwa durch Versorgungsdaten, die den physiotherapeutischen Beitrag innerhalb multimodaler Behandlungspfade direkt beobachten? Drittens: Wie lässt sich jener Teil des Nutzens, der aktuell mangels Kostenbasis unberücksichtigt bleibt, wie die bei DIA-NF-A gesondert ausgewiesene, nicht monetarisierte Funktionsverbesserung (Hebel B), methodisch sauber in eine ökonomische Bewertung einbeziehen? Und viertens: Welche Wechselwirkungen bestehen zwischen mehreren Lebensstationen derselben Persona über die Zeit, wenn frühe Physiotherapie das Risiko späterer Stationen verändert – eine Dynamik, die der stationsweise, punktuelle Zuschnitt dieser Studie bewusst ausblendet? Diese Fragen zu beantworten, würde nicht die hier gewählte Fallbeispiel-Logik ersetzen, sondern sie um weitere, ebenso konkrete Anhaltspunkte ergänzen.

Conclusio

Die Studie zeigt: Die Physiotherapie wirkt weit über die Behandlung einzelner Beschwerden hinaus. Entlang aller fünf Ebenen der Gesundheitsdeterminanten lässt sich ein Beitrag nachweisen, von der motorischen Entwicklung Frühgeborener über die Therapieadhärenz und die soziale Teilhabe bis hin zur Arbeitsfähigkeit und zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung. Besonders robust ist die Evidenz dort, wo die Krankheitslast in Österreich am höchsten ist: bei muskuloskelettalen Erkrankungen, im Alter und bei chronischen Erkrankungen. Die Bewegungstherapie ist dabei der zentrale Wirkmechanismus. Sie ist eine befundgestützte, evidenzbasierte und gesetzlich geschützte Leistung und geht weit über das Anleiten allgemeiner Übungen hinaus.

Die Hochrechnungen machen diesen Beitrag an fünf konkreten Wendepunkten in Euro-Größenordnungen sichtbar. Da nur einzelne Stationen und Kostenausschnitte erfasst sind, bilden die Bandbreiten den Gesamtbeitrag der Physiotherapie nur unvollständig ab; zugleich handelt es sich um Bruttogrößen, bei denen die Kosten der Physiotherapie nicht gegengerechnet sind. Quantifiziert wurden nur jene Stationen, für die eine methodisch vertretbare Hochrechnung möglich war. Weitere, ebenso plausible Wirkungsfelder wie Parkinson, kindliche Fehlstellungen oder das metabolische Syndrom sind nicht enthalten, und auch die diabetesbedingte Sturzprävention wurde mangels belastbarer Daten nicht beziffert.

Zugleich zeigt der Status quo, dass dieses Potenzial strukturell begrenzt ist. Die Nachfrage steigt durch die demografische Alterung und die Zunahme chronischer Erkrankungen weiter an. Die Ausbildungskapazitäten decken den prognostizierten Mehrbedarf aber nicht, obwohl das Interesse am Studium sehr hoch ist. Die Versorgung stützt sich stark auf Wahltherapie. Das dürfte sozioökonomische Zugangshürden schaffen, und auch die regionale Versorgung ist ungleich verteilt. Präventive Physiotherapie spielt im Spitalsbereich praktisch keine Rolle, obwohl Physiotherapeutinnen und -therapeuten in der Gesundheitsförderung und Prävention eigenverantwortlich und ohne ärztliche Anordnung tätig werden können.

Aus den Ergebnissen lassen sich fünf Handlungsfelder ableiten:

- **Ausbildungskapazitäten** ausbauen, damit die absehbare Personallücke geschlossen werden kann.
- **Zugang verbessern:** Physiotherapie stärker in die Primärversorgung einbinden, den Direktzugang weiterentwickeln und die Kassenversorgung ausbauen, um sozioökonomische und regionale Unterschiede zu verringern.

- **Kosteneffiziente Versorgungsformen nutzen:** Gruppenformate und die gezielte Einbindung von Angehörigen stärker einsetzen.
- **Prävention und Gesundheitsförderung** als physiotherapeutisches Handlungsfeld systematisch verankern.
- **Datenlage verbessern:** Österreichspezifische Versorgungs- und Attributionsdaten schaffen, damit der Beitrag der Physiotherapie künftig nicht nur international belegt, sondern auch national gemessen werden kann.

Die Physiotherapie ist damit nicht nur ein wachsender, sondern ein systemrelevanter Gesundheitsberuf. Wer in ihre Verfügbarkeit und Zugänglichkeit investiert, investiert in Gesundheit, Selbstständigkeit und Erwerbsfähigkeit der Bevölkerung – und in die langfristige Entlastung des Gesundheitssystems.

Literaturverzeichnis

- Abril-Coello, R., Correyero-León, M., Ceballos-Laita, L., & Jiménez-Barrio, S. (2023). *Benefits of physical therapy in improving quality of life and pain associated with endometriosis: A systematic review and meta-analysis*. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023 Jul;162(1):233-243. doi:10.1002/ijgo.14645
- Aftab, S., Ali, H., Saeed, B., Sarwar, S., Dawood, M., & Pervez, M. (2025). *Early Physiotherapy for Post-Total Knee Arthroplasty Recovery: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials on Quality of Life, Pain, and Range of Motion Outcomes*. *Musculoskeletal Care*. 23(3):e70158. doi:10.1002/msc.70158
- Alalwani, Y., Aldossari, M., Alzahrani, L., Alhatlani, N., Albarrak, S., & Moosa, W. (2026). Fall prevention interventions and fracture risk in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Clinics and Practice*, 16(3), 52.
- Alhowimel, A., AlOtaibi, M., Radford, K., & Coulson, N. (2018). Psychosocial factors associated with change in pain and disability outcomes in chronic low back pain patients treated by physiotherapist: a systematic review. *SAGE open medicine*, 6, 2050312118757387.
- Alhumaidan, I., Tawhari, F., & Aldawhni, I. (2024). *Effectiveness of Physiotherapy Interventions in CP Child-Systematic Review*. *International Journal of Recent Innovations in Medicine and Clinical Research* 2(4):1-8. doi:10.18231/j.ijrimcr.2020.009
- Ancel, P., & Goffinet, F. (2014). *EPIPAGE 2: a preterm birth cohort in France in 2011*. *BMC Pediatr*. 14:97. doi:10.1186/1471-2431-14-97
- Arbeitsmarktservice. (2026). *Stellenangebote Physiotherapie*. Von https://jobs.ams.at/public/emps/jobs?page=1&query=PhysiotherapeutIn&occId=221&JOB_OFFER_TYPE=SB_WKO&JOB_OFFER_TYPE=IJ&JOB_OFFER_TYPE=BA&JOB_OFFER_TYPE=TN&JOB_OFFER_TYPE=BZ&PERIOD=ALL&sortField=_SCORE abgerufen
- Ashghali Farahani, M., Najafi Ghezeljeh, T., Haghani, S., & Alazmani-Noodeh, F. (2021). The effect of a supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran: an experimental study. *BMC Health Services Research*, 21, 346.
- Atalaia, A., Schnegg, C. J., Bodenhofer, J., Grabner, B., & Roth, M. (2025). Primary health care in Austria: qualitative analysis of requirements and challenges in interprofessional

- collaboration from the perspective of health care and social professionals. *Primary Health Care Research & Development*, 26, e31.
- Azim, D. (2026). Impact of Baby Spa (Hydrotherapy and Massage) on Motor Development and Regulation in Preterm Infants: A Randomized Controlled Trial. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*. doi:10.1055/a-2897-8004
- Badia, M., Riquelme, I., Orgaz, B., & al., e. (2014). *Pain, motor function and health-related quality of life in children with cerebral palsy as reported by their physiotherapists*. BMC Pediatr 14, 192. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-192>
- Baez, M., Far, I. K., Ibarra, F., Ferron, M., Didino, D., & Casati, F. (2017). Effects of online group exercises for older adults on physical, psychological and social wellbeing: a randomized pilot trial. *PeerJ*, 5, e3150.
- Baumbach, L., Feddern, W., Kretzler, B., Hajek, A., & König, H. (2024). *Cost-Effectiveness of Treatments for Musculoskeletal Conditions Offered by Physiotherapists: A Systematic Review of Trial-Based Evaluations*. Sports Med Open. 10(1):38. doi:10.1186/s40798-024-00713-9
- Becker, A., Angerer, P., & Müller, A. (2017). *The prevention of musculoskeletal complaints: a randomized controlled trial on additional effects of a work-related psychosocial coaching intervention compared to physiotherapy alone*. Int Arch Occup Environ Health. 90(4):357-371. doi:10.1007/s00420-017-1202-6
- BfArM. (2022). *Förderung der motorischen Bewegungsentwicklung und Bewegungsqualität bei Frühgeborenen durch die frühzeitige Anwendung der "Movement Imitation Therapy for Preterm Babies (MIT-PB)" in den ersten drei Lebensmonaten*. DRKS - Deutsches Register Klinischer Studien. Von <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00022899> abgerufen
- Bhalla, A., Grieve, R., Tilling, K., Rudd, A., & Wolfe, C. (2019). Physiotherapy provision to hospitalised stroke patients: Analysis from the UK Sentinel Stroke National Audit Programme (SSNAP).
- Bishop, F., Al-Abbadey, M., Roberts, L., MacPherson, H., Stuart, B., Carnes, D., . . . Bradbury, K. (2021). Direct and mediated effects of treatment context on low back pain outcome: a prospective cohort study. *BMJ open*, 11, e044831.
- BMSGPK. (2023). *Österreichischer Gesundheitsbericht 2022*. Von <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte.html> abgerufen

- BMSGPK. (2025). *Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2024*. Von <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Zahlen/Publikationen.html> abgerufen
- BMSGPK. (2026). *Medizinische Leistungen bei stationären Krankenhausaufenthalten*. Von <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Zahlen/Medizinische-Dokumentation/Leistungen.html> abgerufen
- Bogner, J., Hade, E. M., Peng, J., Beaulieu, C. L., Horn, S. D., Corrigan, J. D., . . . others. (2019). Family involvement in traumatic brain injury inpatient rehabilitation: A propensity score analysis of effects on outcomes during the first year after discharge. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 100, 1801–1809.
- Bornhöft, L., Larsson, M. E., Nordeman, L., Eggertsen, R., & Thorn, J. (2019). Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. *Therapeutic advances in musculoskeletal disease*, 11, 1759720X19827504.
- Bornhöft, L., Thorn, J., Svensson, M., Nordeman, L., Eggertsen, R., & Larsson, M. (2019). *More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment*. BMC Musculoskelet Disord. 20(1):186. doi:10.1186/s12891-019-2553-9
- Bove, A., Aldhahwani, B., Turner, R., Repage, S., Denny, P., Brand, C., . . . others. (2024). Beyond discharge disposition: a scoping review on sociodemographic disparities in rehabilitation use after hip and knee arthroplasty. *Physical Therapy*, 104, pzae074.
- Braaten, A., Hanebuth, C., McPherson, H., Smallwood, D., Kaplan, S., Basirico, D., . . . Rethorn, Z. (2021). Social determinants of health are associated with physical therapy use: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 55(22), 1293–1300. doi:10.1136/bjsports-2020-103475
- Bradford, B., Collier, T., Freeman, M., & Goodwin, R. (2025). *Primary Care Reattendance Following an FCPP Appointment: A National Retrospective Service Evaluation*. Musculoskeletal Care. 23(2):e70143. doi:10.1002/msc.70143

- Brandt, S. K., Essig, S., & Balthasar, A. (2024). Professional beliefs of physicians and allied health professionals and their willingness to promote health in primary care: a cross-sectional survey. *BMC Primary Care*, 25, 188.
- Bratka, L. (2022). Physiotherapie bei Frühchen. *physiopraxis* 2022; 20(05): 38-44. doi:10.1055/a-1790-5798
- Bremer, P., Cabrera, E., Leino-Kilpi, H., Lethin, C., Saks, K., Sutcliffe, C., . . . others. (2015). Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy*, 119, 1459–1471.
- Brown-Taylor, L., Beckner, A., Scaff, K., Fritz, J., Buys, M., Patel, S., . . . Brooke, B. (2021). Relationships between physical therapy intervention and opioid use: A scoping review. *PM&R*, 1–18. doi:10.1002/pmrj.12654
- Burke. (2024). Interventions to improve long-term adherence to physical rehabilitation. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 47(3), E124–E136. doi:10.1519/JPT.0000000000000402
- Burton, E., Farrier, K., Hill, K. D., Codde, J., Airey, P., & Hill, A.-M. (2018). Effectiveness of peers in delivering programs or motivating older people to increase their participation in physical activity: Systematic review and meta-analysis. *Journal of sports sciences*, 36, 666–678.
- Cardoso, C., Lumini, M. J., & Martins, T. (2025). Effects of physical exercise in reducing caregivers burden: a systematic review. *Frontiers in public health*, 13, 1474913.
- Chen, X., Diwan, A., & Chan, F. (2021). Clinicians' perceptions around discectomy surgery for lumbar disc herniation: A survey of orthopaedic and neuro-surgeons in Australia and New Zealand. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*.
- Chen-Xu, J., Corda, M., Varga, O., & Viegas, S. (2024). Health burden and costs attributable to the carbon footprint of the health sector in the European Union. *Environment International*, 190, 108828. doi:10.1016/j.envint.2024.108828
- Chester, R., Khondoker, M., Shepstone, L., Lewis, J. S., & Jerosch-Herold, C. (2019). Self-efficacy and risk of persistent shoulder pain: results of a Classification and Regression Tree (CART) analysis. *British journal of sports medicine*, 53, 825–834.
- Chetty, L. (2020). *Health-Related Quality of Life and Cost-Utility Analysis of Employees With Musculoskeletal Disorders Receiving Vocational Physiotherapy*. Workplace Health & Safety. 68(10):476-479. doi:10.1177/2165079920935842

- Childs, J., Fritz, J., & Wu, S. (2015). Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs. *BMC Health Services Research*, 15, 150. doi:10.1186/s12913-015-0830-3
- Choi, B., Verbeek, J., Tam, W., & Jiang, J. (2010). Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), CD006555.
- Cogollos-de-la-Peña, R., Álvarez-Vargas, A., Domínguez-Navarro, F., Espelt, A., Fuentes-Aparicio, L., & Puigpinós-Riera, R. (2024). Social inequalities in the use of physiotherapy in women diagnosed with breast cancer in Barcelona: DAMA cohort. *Breast Cancer Research and Treatment*, 204, 377–387.
- Collado-Mateo, D., Lavín-Pérez, A. M., Peñacoba, C., Del Coso, J., Leyton-Román, M., Luque-Casado, A., . . . Amado-Alonso, D. (2021). Key factors associated with adherence to physical exercise in patients with chronic diseases and older adults: an umbrella review. *International journal of environmental research and public health*, 18, 2023.
- Cordani, C., Perillo, S., Corbetta, D., Sarasso, E., Agosta, F., Filippi, M., . . . Pennestrì, F. (2024). Developing physiotherapy in primary health care: a first snapshot from the Italian Metropolitan City of Milan. *Healthcare*, 12, S. 1628.
- Costa-Font, J., & Vilaplana-Prieto, C. (2025). The hidden value of adult informal care in Europe. *Health Economics*, 34, 791–812.
- Coutinho, G., de Mattos Lemos, D., & Prates Caldeira, A. (2014). *Impact of physiotherapy on neuromotor development of premature newborns*. Fisioter. Mov., Curitiba, v. 27, n. 3, p. 413-420. doi:<https://doi.org/10.1590/0103-5150.027.003.AO12>
- Czypionka, T., Lappöhn, S., Pohl, A., & Röhring, G. (2016). *Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen. Endbericht*. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS). Von https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/3886/1/Bericht_IPensionen_final.pdf abgerufen
- Da Ros, A., Paci, M., Buonandi, E., Rosiello, L., Moretti, S., & Barchielli, C. (2022). Physiotherapy as part of primary health care, Italy. *Bulletin of the World Health Organization*, 100, 669.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Stockholm: Institute for future studies*, 27, 4–41.
- Daly, S. (2024). Are there missed opportunities for falls prevention in older people with fractures? Data from TILDA. *Age and Ageing*, 53(Suppl 2).

- Damiano, D. (2009). *Rehabilitative therapies in cerebral palsy: the good, the not as good, and the possible*. J Child Neurol. 24(9):1200-4. doi:10.1177/0883073809337919
- Darabseh, M., Aburub, A., & Fayed, E. (2023). The role of physiotherapists in smoking cessation management: A scoping review. *Healthcare*, 11(3), 336. doi:10.3390/healthcare11030336
- Das, S., & Ganesh, G. (2019). *Evidence-based Approach to Physical Therapy in Cerebral Palsy*. Indian J Orthop. 53(1):20-34. doi:10.4103/ortho.IJOrtho_241_17
- Dautzenberg, L., Beglinger, S., Tsokani, S., Zevgiti, S., Rajimann, R., & Rodondi, N. (2021). Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(10).
- de Roode, A., Vermeulen, H., & de Vet, H. (2024). The impact of contextual effects in exercise therapy for low back pain: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*.
- Deepradit, S., Powwattana, A., Lagampan, S., & Thiangtham, W. (2023). Effectiveness of a family-based program for post-stroke patients and families: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 10, 446–455.
- Dimai, H., Redlich, K., Peretz, M., Borgström, F., Siebert, U., & Mahlich, J. (2012). Economic burden of osteoporotic fractures in Austria. *Health Economics Review*, 2(12).
- Donovan, M., Khan, A., & Johnston, V. (2021). *The Contribution of Onsite Physiotherapy to an Integrated Model for Managing Work Injuries: A Follow Up Study*. J Occup Rehabil. 31(1):207-218. doi:10.1007/s10926-020-09911-0
- Dunleavy, K., & Slowik, A. K. (2019). *Therapeutic exercise prescription*. Elsevier.
- Dupuis, F., Dery, J., Lucas de Oliveira, F. C., Pecora, A. T., Gagnon, R., Harding, K., . . . others. (2022). Strategies to reduce waiting times in outpatient rehabilitation services for adults with physical disabilities: A systematic literature review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 27, 157–167.
- Early Intervention. (2026). *Verein zur Förderung neuropädiatrischer früher Intervention in Österreich, Die aktuelle Lage*. Von <https://earlyintervention.at/de/> abgerufen
- Economica. (2024). *Bedeutung und Entwicklung der Physiotherapie in Österreich*. Von https://www.physioaustria.at/sites/default/files/collection_files/240129_Physio%20Austria_EcV.pdf abgerufen

- Ekman, B., McKee, K., Vicente, J., Magnusson, L., & Hanson, E. (2021). Cost analysis of informal care: estimates from a national cross-sectional survey in Sweden. *BMC health services research*, 21, 1236.
- Elayan, S., Angelini, V., Buskens, E., & de Boer, A. (2024). The economic costs of informal care: estimates from a national cross-sectional survey in the Netherlands. *The European Journal of Health Economics*, 25, 1311–1331.
- Eurostat. (2022). *Eigene Angaben zur Konsultation von Fachpersonen für psychische Gesundheit oder für rehabilitative Pflege, nach Geschlecht, Alter und Bildungsabschluss* [hlth_ehis_am6e]. Von https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_am6e/default/table?lang=de&category=hlth.hlth_care.hlth_consult abgerufen
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC public health*, 20, 129.
- Falkstedt, D., Hemmingsson, T., & Albin, M. (2021). Disability pensions related to heavy physical workload: a cohort study of middle-aged and older workers in Sweden. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(8), 1851–1861. doi:10.1007/s00420-021-01697-9
- Farrance, C., Tsofliou, F., & Clark, C. (2016). Adherence to community based group exercise interventions for older people: A mixed-methods systematic review. *Preventive medicine*, 87, 155–166.
- Fernández, R., Gómez, C., & Pérez, L. (2012). *Efficacy of Earlz Physiotherapy Intervention in Preterm Infant Motor Development - A Systematic Review*. *J. Phys. Ther. Sci.* 24: 933-940. Von https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/24/9/24_933/_pdf/-char/en abgerufen
- FH JOANNEUM. (2024). *FH JOANNEUM erweitert Studienplätze für „Physiotherapie“*. Von <https://www.fh-joanneum.at/presse/fh-joanneum-erweitert-studienplaetze-fuer-physiotherapie/> abgerufen
- Fischer, M., Bui, E., Besombes, L., & François, M. (2026). Systematic review of direct access physiotherapy for musculoskeletal conditions in primary care: consequences for general practitioner workload, resource use, and organisation of care. *BMC Primary Care*.

- Fisher, R., Gaynor, C., Kerr, M., Langhorne, P., Anderson, C., Bautz-Holter, E., . . . Walker, M. (2011). A consensus on stroke: Early supported discharge. *Stroke*, 42(5), 1392–1397.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wlodech, D., Horvath, A. O., Solomonov, N., & Wampold, B. E. (2020). Assessing the alliance–outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *Journal of Counseling Psychology*, 67, 706.
- Foldager, F., Mechlenburg, I., Mygind-Klavsén, B., Bibby, B., Kierkegaard-Brøchner, S., Larsen, J., & Kristensen, P. (2025). Socioeconomic disparities in physical therapy use before hip arthroscopy for femoroacetabular impingement syndrome: A register-based cohort study. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 55(12), 770–778. doi:10.2519/jospt.2025.13558
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & social care in the community*, 26, 147–157.
- Gesundheit Österreich GmbH. (2020). *Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2019*. Von https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1497/1/Jahresbericht_Gesundheitsberuferegister_2019_bf.pdf abgerufen
- Gesundheit Österreich GmbH. (2020). *MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030*. Von <https://wien.arbeiterkammer.at/service/studienundzeitschriften/studien/gesundheitsundpflege/MTD-Prognose.pdf> abgerufen
- Gesundheit Österreich GmbH. (2020). *Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich*. Von https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1474/1/barrierefrei_Ergebnisbericht_Kindertherapien.pdf abgerufen
- Gesundheit Österreich GmbH. (2022). *Global Burden of Disease Study zur Einschätzung der Krankheitslast: Hintergründe und Anwendungsmöglichkeiten*. Von https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2679/1/Global%20Burden%20of%20Disease%20Factsheet_bf.pdf abgerufen
- Gesundheit Österreich GmbH. (2024). *Versorgungswirksamkeit der physiotherapeutischen Versorgung mit Fokus auf Wahltherapeutinnen und -therapeuten*. Von https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4159/1/Versorgungswirksamkeit_physioth%20Versorgung_Wahltherapeutinnen-therapeuten_bf.pdf abgerufen

- Gesundheit Österreich GmbH. (2025). *Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2024*. Von https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4734/1/GBR_JB_2024_bf.pdf abgerufen
- Gesundheitsportal Österreich (BMSGPK). (kein Datum). *Schlaganfall*.
- Gesundheitswirtschaft.at / Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK). (2024). *Mehr als 25.000 Schlaganfälle im Vorjahr*.
- Golinelli, D., Sanmarchi, F., Guarducci, G., Palombarini, J., Benetti, P., Rosa, S., & Lenzi, J. (2025). Gender differences in healthcare utilization across Europe: Evidence from the European Health Interview Survey. *Health Policy*, 105448.
- Goodwin, R., Moffatt, F., Hendrick, P., Stynes, S., Bishop, A., & Logan, P. (2021). Evaluation of the First Contact Physiotherapy (FCP) model of primary care: a qualitative insight. *Physiotherapy*, 113, 209–216.
- Gracia-Sánchez, A. (2025). Impact of exercise training in patients with diabetic peripheral neuropathy: An umbrella review. *Sports Medicine – Open*.
- Grammatikou, G., Pavlidou, E., Strimpakos, N., & Chandolias, K. (2026). *Effectiveness of Early Physiotherapy Interventions with Guided Parental Involvement on Motor Development in Preterm Infants: A Systematic Review*. *Pediatr Rep.* 18(4):100. doi:10.3390/pediatric18040100
- Griebler, R., Straßmayr, C., Mikšová, D., Link, T., & Nowak, P. (2021). *Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Von <https://oepgk.at/schwerpunkte/messung-der-gesundheitskompetenz/hls19-at/> abgerufen
- Guo, A., Jin, H., Mao, J., Zhu, W., Zhou, Y., Ge, X., & Yu, D. (2023). Impact of health literacy and social support on medication adherence in patients with hypertension: a cross-sectional community-based study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23, 93.
- Gustafsson, K., Cronström, A., Rolfson, O., Ageberg, E., & Jönsson, T. (2024). Responders to first-line osteoarthritis treatment had reduced frequency of hip and knee joint replacement within 5 years: an observational register-based study of 44,311 patients. *Acta Orthopaedica*, 95, 373–379.
- Hayden, J., Ogilvie, R., Malmivaara, A., & Tulder, M. (2021). Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

- Henning, M., Henning, R., & Gethin, L. (2024). First Contact Physiotherapy: A 4-Year Service Evaluation of UK Primary Care Data. *Musculoskeletal Care*.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2023). *GBD Compare - Online-Tool*. Von <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> abgerufen
- International Labour Organization. (2024). *Heat at work: Implications for safety and health. A global review of the science, policy and practice*. Genf. Von <https://reliefweb.int/report/world/heat-work-implications-safety-and-health-global-review-science-policy-and-practice> abgerufen
- Jacobsson, L., Lindgärde, F., & Manthorpe, R. (1989). The commonest rheumatic complaints of over six weeks' duration in a twelve-month period in a defined Swedish population. Prevalences and relationships. *Scandinavian journal of rheumatology*, 18 6, 353-60. doi:10.3109/03009748909102096
- James, A., Goodwin, P., & McCarthy, C. (2017). *Does physiotherapy reduce absenteeism and presenteeism due to lower back pain in an automotive industrial setting? A retrospective cohort study*. *Physiotherapy*, 103, e74-e75. Von [https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(17\)30154-2/abstract](https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(17)30154-2/abstract) abgerufen
- Joslin, R., Allen, E., & Carter, B. (2024). Understanding the importance of therapeutic alliance during physiotherapy treatment for musculoskeletal pain in children: a scoping review. *Frontiers in Pain Research*, 5, 1452771.
- Jung, A., Eschke, R., Struss, J., & Taucher, W. (2022). *Effectiveness of physiotherapy interventions on headache intensity, frequency, duration and quality of life of patients with tension-type headache. A systematic review and network meta-analysis*. 42(9):944-965. doi:10.1177/03331024221082073
- Jurak, I., Delaš, K., Erjavec, L., Stare, J., & Locatelli, I. (2023). Effects of multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain.
- Karel, Y., Scholten-Peeters, G., Graaf, M. T.-d., Duijn, E., van Broekhoven, J. V., Koes, B., & Verhagen, A. (2017). Physiotherapy for patients with shoulder pain in primary care: a descriptive study of diagnostic- and therapeutic management. *Physiotherapy*, 103 4, 369-378. doi:10.1016/j.physio.2016.11.003
- Karmali, R., Skinner, A., Trogon, J., Weinberger, M., George, S., & Hassmiller Lich, K. (2020). The association between the supply of nonpharmacologic providers, use of nonpharmacologic pain treatments, and high-risk opioid prescription patterns

- among Medicare beneficiaries with persistent musculoskeletal pain. *Medical Care*, 58(5), 433–444.
- Kim, C., Chung, C., & Park, C. (2013). Reoperation rate after surgery for lumbar herniated intervertebral disc disease: Nationwide cohort study. *Spine*, 38(7).
- Kinney, M., Seider, J., Beaty, A. F., Coughlin, K., Dyal, M., & Clewley, D. (2020). The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiotherapy theory and practice*, 36, 886–898.
- Klärner, A., Gamper, M., Keim-Klärner, S., Moor, I., Von der Lippe, H., & Vonneilich, N. (2020). *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: eine neue Perspektive für die Forschung*. Springer Nature.
- Klimont, J., & Prammer-Waldhör, M. (2020). *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; Statistik Austria. Von <https://www.statistik.at/services/tools/serviceangebote/publikationen/detail/968> abgerufen
- Kruse, R. (2010). Fall and balance outcomes after an intervention to promote leg strength, balance, and walking in people with diabetic peripheral neuropathy: 'Feet First' randomized controlled trial. *Physical Therapy*, 90(11).
- La Touche, R., Pardo-Montero, J., Grande-Alonso, M., Paris-Aleman, A., Miñambres-Martín, D., & Nouvilas-Pallejà, E. (2023). Psychological, pain, and disability factors influencing the perception of improvement/recovery from physiotherapy in patients with chronic musculoskeletal pain: a cross-sectional study. *Healthcare*, 12, S. 12.
- Langhorne, P., & Baylan, S. (2017). Early supported discharge services for people with acute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(7), CD000443.
- Larroque, B., Bréart, G., Kaminski, M., Dehan, M., André, M., Burguet, A., . . . Truffert, P. (2004). *Survival of very preterm infants: Epipage, a population based cohort study*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 89(2):F139-44. doi:10.1136/adf.2002.020396
- Lawford, B. J., Bennell, K. L., Campbell, P. K., Kasza, J., & Hinman, R. S. (2021). Association between therapeutic alliance and outcomes following telephone-delivered exercise by a physical therapist for people with knee osteoarthritis: secondary

- analyses from a randomized controlled trial. *JMIR rehabilitation and assistive technologies*, 8, e23386.
- Lawler, K., Shields, N., & Taylor, N. F. (2019). Training family to assist with physiotherapy for older people transitioning from hospital to the community: a pilot randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 33, 1625–1635.
- Le Berre, M., Laberge, M., & Yousefi, F. (2025). Patients and physiotherapy professionals' perspectives on group-based treatments: a systematic review protocol. *BMJ open*, 15, e095201.
- Lebedeva, Y. (2021). Wait times, resource use and health-related quality of life across the continuum of care for patients referred for total knee replacement surgery. *Canadian Journal of Surgery*, 64(3).
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152, 157–171.
- Ley, C., & Putz, P. (2024). Efficacy of interventions and techniques on adherence to physiotherapy in adults: an overview of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Systematic Reviews*, 13, 137. doi:10.1186/s13643-024-02538-9
- Li, H., Li, L., Wang, D., Li, X., Li, J., & Chen, G. (2025). The Mediating Effect of Psychological Flexibility in the Relationship Between Two-Way Social Support and Rehabilitation Exercise Adherence in Patients With Total Knee Arthroplasty. *Musculoskeletal Care*, 23, e70181.
- Lim, S.-K. (2024). Characteristics of fragility hip fracture-related falls in the older adults: A systematic review. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*.
- Lindahl, M., Madsen, S., & Dresner, A. L. (2022). Health-related quality of life for patients with chronic conditions—the importance of group organised physiotherapy—a mixed methods study. *European Journal of Physiotherapy*, 24, 253–259.
- Lindley, R. I., Anderson, C. S., Billot, L., Forster, A., Hackett, M. L., Harvey, L. A., . . . others. (2017). Family-led rehabilitation after stroke in India (ATTEND): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 390, 588–599.
- Lindsay-Smith, G., O'Sullivan, G., Eime, R., Harvey, J., & van Uffelen, J. G. (2018). A mixed methods case study exploring the impact of membership of a multi-activity, multicentre community group on social wellbeing of older adults. *BMC geriatrics*, 18, 226.

- Liu, X., Seidel, J., & McDonald, T. (2022). Rural-urban disparities in realized spatial access to general practitioners, orthopedic surgeons, and physiotherapists among people with osteoarthritis in Alberta, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7706. doi:10.3390/ijerph19137706
- Lorentzon, M. (2025). Diminishing returns of fall reduction for hip fracture prevention in older age. *Osteoporosis International*.
- Lucas, J., van Doorn, P., Hegedus, E., Lewis, J., & van der Windt, D. A. (2022). A systematic review of the global prevalence and incidence of shoulder pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23. doi:10.1186/s12891-022-05973-8
- Ludyga, S., Pühse, U., Gerber, M., Mücke, M., Lemola, S., Mori, A., . . . Weber, P. (2021). *Very preterm birth and cognitive control: The mediating roles of motor skills and physical fitness*. *Developmental Cognitive Neuroscience*, Vol. 49. doi:https://doi.org/10.1016/j.dcn.2021.100956
- Maffassanti-Reyes, M., González-Sierra, M., & Javier-Ormazábal, A. (2025). Efficacy of early mobilization in stroke patients in relation to quality of life and level of dependency: A systematic review. *Healthcare*, 14(1), 78.
- Maggio, M. G., Corallo, F., De Francesco, M., De Cola, M. C., De Luca, R., Manuli, A., . . . Calabrò, R. S. (2024). Understanding the family burden and caregiver role in stroke rehabilitation: insights from a retrospective study. *Neurological Sciences*, 1–7.
- Martin. (2020). Does early physical therapy intervention reduce opioid burden and improve functionality in the management of chronic lower back pain? *Mental Health Clinician*, 10(4), 215–221. doi:10.9740/mhc.2020.07.215
- Martín-Borràs, C., Giné-Garriga, M., Puig-Ribera, A., Martín, C., Solà, M., Cuesta-Vargas, A. I., & Group, P. P. (2018). A new model of exercise referral scheme in primary care: is the effect on adherence to physical activity sustainable in the long term? A 15-month randomised controlled trial. *BMJ open*, 8, e017211.
- Martinez-Calderon, J., Flores-Cortes, M., Morales-Asencio, J. M., Fernandez-Sanchez, M., & Luque-Suarez, A. (2020). Which interventions enhance pain self-efficacy in people with chronic musculoskeletal pain? A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials, including over 12 000 participants. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 50, 418–430.

- Martinez-Calderon, J., Villar-Alises, O., García-Muñoz, C., & Matias-Soto, J. (2023). Evidence level of physical exercise in the treatment of substance abuse/dependence: An overview of systematic reviews including 53 meta-analyses that comprised 103 distinct clinical trials. *Mental Health and Physical Activity*, 24, 100519. doi:10.1016/j.mhpa.2023.100519
- Mastwyk, S., Taylor, N., Lowe, A., Dalton, C., & Peiris, C. (2024). Metabolic syndrome is prevalent and undiagnosed in clients attending private practice physiotherapy: a cross-sectional study. *Physiotherapy*, 124, 116–125. doi:10.1016/j.physio.2024.03.003
- Mastwyk, S., Taylor, N., Lowe, A., Dalton, C., & Peiris, C. (2026). Physiotherapist-led health promotion interventions in primary care can reduce metabolic risk factors for people with or at risk of metabolic syndrome: a systematic review. *Physiotherapy*, 130, 101837. doi:10.1016/j.physio.2025.101837
- Mathieu, J., Roy, K., Robert, M.-È., Akeblersane, M., Descarreaux, M., & Marchand, A.-A. (2024). Sociodemographic determinants of health inequities in low back pain: a narrative review. *Frontiers in Public Health*, 12, 1392074.
- Mayrhuber, C., & Bittschi, B. (2026). *Fehlzeitenreport 2026. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO, im Auftrag von Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreich und Dachverband der Sozialversicherungsträger.
- Mays, A. M., Kim, S., Rosales, K., Au, T., & Rosen, S. (2021). The Leveraging Exercise to Age in Place (LEAP) study: engaging older adults in community-based exercise classes to impact loneliness and social isolation. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 777–788.
- Mazzei, D., Whittaker, J., Faris, P., Wasylak, T., & Marshall, D. (2025). Estimating budget impact and joint replacement avoidance by implementing a standardized education and exercise therapy program for hip and knee osteoarthritis in a publicly insured health care system. *Arthritis Care & Research*, 77(6), 744–752.
- McKenzie, B., Haas, R., Ferreira, G., Maher, C., & Buchbinder, R. (2022). The environmental impact of health care for musculoskeletal conditions: A scoping review. *PLoS ONE*, 17(11), e0276685. doi:10.1371/journal.pone.0276685
- MedUni Wien. (2019). *Positive Gesundheitseffekte durch Bewegung bis ins höhere Alter*. Von <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2019/news-im-mai-2019/positive-gesundheitseffekte-durch-bewegung-bis-ins-hoehere-alter/> abgerufen

- Mesmar, A., Mbaabu Limungi, G., Elmadani, M., Simon, K., Hamad, O., Tóth, L., . . . Mate, O. (2025). Bridging healthcare disparities: a systematic review of healthcare access for disabled individuals in rural and urban areas. *Frontiers in Health Services*, 5, 1695320. doi:10.3389/frhs.2025.1695320
- Michie, S., van Stralen, M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 42. doi:10.1186/1748-5908-6-42
- Moecke, D. P., & Camp, P. G. (2025). Social support from the physiotherapist and the therapeutic relationship in physiotherapy: bridging theory to practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 41, 901–911.
- Molina-Garcia, P., Mora-Traverso, M., Prieto-Moreno, R., Díaz-Vásquez, A., Antony, B., & Ariza-Vega, P. (2024). Effectiveness and cost-effectiveness of telerehabilitation for musculoskeletal disorders: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 67(1), 101791. doi:10.1016/j.rehab.2023.101791
- Moore, A. J., Holden, M. A., Foster, N. E., & Jinks, C. (2020). Therapeutic alliance facilitates adherence to physiotherapy-led exercise and physical activity for older adults with knee pain: a longitudinal qualitative study. *Journal of physiotherapy*, 66, 45–53.
- Mota, L. A., Silva, M. Z., Dos Santos, M., & Pfeifer, L. I. (2024). The processes and outcomes related to ‘family-centred care’ in neuromotor and functional rehabilitation contexts for children with cerebral palsy: A scoping review. *Child: Care, Health and Development*, 50, e13271.
- Motiei-Langroudi, R., Sadeghian, H., & Amini, A. (2023). Predicting the need for surgery in patients with lumbar disc herniation: A new internally validated scoring system. *Asian Spine Journal*.
- Moya-Salazar, J., Olortegui-Panaifo, J., Contreras-Pulache, H., Goicochea-Palomino, E., & Morales-Martinez, M. (2025). *Physiotherapy Intervention Improves Clinical Outcomes and Quality of Life in Elderly Patients with Osteoarthritis: A Prospective Cohort Study*. *Int J Environ Res Public Health*. 22(6):966. doi:10.3390/ijerph22060966
- Munford, L. A., Panagioti, M., Bower, P., & Skevington, S. M. (2020). Community asset participation and social medicine increases qualities of life. *Social science & medicine*, 259, 113149.

- Muschitz, C., Hummer, M., Grillari, J., Hlava, A., Birner, A., Hemetsberger, M., & Dimai, H. (2022). Epidemiology and economic burden of fragility fractures in Austria. *Osteoporosis International*, 33(3), 637–647.
- Newman, M., Kokame, K., Leochico, C., Fogarty, A., Burton, J., Tenforde, A., & Alexander, M. (2024). Climate change and health through the lens of physical medicine and rehabilitation: A scoping review. *The Journal of Climate Change and Health*. doi:10.1016/j.joclim.2024.100362
- Nguyen, P.-Y., Astell-Burt, T., Rahimi-Ardabili, H., & Feng, X. (2023). Effect of nature prescriptions on cardiometabolic and mental health, and physical activity: a systematic review. *The Lancet Planetary Health*, 7, e313–e328.
- Nicholls, D., Jachyra, P., Gibson, B. E., Fusco, C., & Setchell, J. (2018). Keep fit: marginal ideas in contemporary therapeutic exercise. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 10(4), 400–411.
- Niyonsenga, J., Uwingeneye, L., Musabyemariya, I., Sagahutu, J. B., Cavallini, F., Caricati, L., . . . Monacelli, N. (2024). The psychosocial determinants of adherence to home-based rehabilitation strategies in parents of children with cerebral palsy: A systematic review. *PLoS One*, 19, e0305432.
- O'Keeffe, M., Hayes, A., McCreesh, K., Purtill, H., & O'Sullivan, K. (2017). Are group-based and individual physiotherapy exercise programmes equally effective for musculoskeletal conditions? A systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 51, 126–132.
- Oliveira, C., Maher, C., Pinto, R., Traeger, A., Lin, C.-W., Chenot, J.-F., . . . Koes, B. (2018). Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: An updated overview. *European Spine Journal*, 27(11).
- Oliver, E. J., Dodd-Reynolds, C., Kasim, A., & Vallis, D. (2021). Inequalities and inclusion in exercise referral schemes: A mixed-method multi-scheme analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 3033.
- Orton, J., Doyle, L., Tripathi, T., Boyd, R., Anderson, P., & Spittle, A. (2024). *Verbessern Frühförderprogramme die körperliche und geistige Entwicklung von zu früh geborenen Babys?* Cochrane. Von https://www.cochrane.org/de/evidence/CD005495_do-early-intervention-programmes-improve-physical-and-mental-development-babies-born-too-early abgerufen

- Østerås, N., Moseng, T., Bodegom-Vos, L. v., Dziedzic, K., Mdala, I., Natvig, B., . . . others. (2019). Implementing a structured model for osteoarthritis care in primary healthcare: a stepped-wedge cluster-randomised trial. *PLoS medicine*, 16, e1002949.
- Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG). (2023). Lebensstil: körperliche Aktivität und Training bei Typ-2-Diabetes, Update. *Wiener Klinische Wochenschrift*.
- Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO). (2026). *Fehlzeitenreport 2026. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. Wien. Von <https://www.wifo.ac.at/news/fehlzeitenreport-2026/> abgerufen
- Paci, M., Bianchi, L., Buonandi, E., Rosiello, L., & Moretti, S. (2023). Implementation of community physiotherapy in primary care: one-year results of an on-call physiotherapy service. *Archives of Physiotherapy*, 13, 22.
- Papanas, N. (kein Datum). Prevalence and Risk Factors for Diabetic Peripheral Neuropathy in Type 2 Diabetic Patients From 14 Countries: Estimates of the INTERPRET-DD Study.
- Pensionasversicherungsanstalt. (2026). *Herzinsuffizienz (Herzschwäche)*. Wien: PVA.
- Petzold, T., Lange, T., & Günther, K.-P. (2018). 10-Jahres-Entwicklung der Wirbelsäulenchirurgie in Deutschland – Eine Analyse von Krankenkassendaten von 2005 bis 2014. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie*.
- Physio Austria. (2022). *Kostenerstattung der ÖGK für Leistungserbringung durch freiberuflich tätige Physiotherapeut*innen (Stand: 30.06.2022)*. Von https://www.physioaustria.at/sites/default/files/collection_files/Kostenerstattung%20%C3%96GK-S1-F6.pdf abgerufen
- Physio Austria. (2026). *FAQs zur Versorgungswirksamkeitspauschale der ÖGK*. Von https://www.physioaustria.at/sites/default/files/2026-02/Physio%20Austria%20FAQs_Versorgungswirksamkeitspauschale.pdf abgerufen
- Physiopedia. (2026). *Interventionen bei Zerebralparese*. Von <https://langs.physio-pedia.com/de/cerebral-palsy-interventions-de/> abgerufen
- Physioswiss. (2025). *Neue Studie zeigt: Physiotherapie wirkt – und spart Kosten*. Von <https://physioswiss.ch/news/neue-studie-zeigt-physiotherapie-wirkt-und-spart-kosten/> abgerufen

- Prall, J., & Ross, M. (2019). *The management of work-related musculoskeletal injuries in an occupational health setting: the role of the physical therapist*. J Exerc Rehabil. 15(2):193-199. doi:10.12965/jer.1836636.318
- Pressetext. (2024). *Neue Physiotherapie-Studienstandorte in Wien, Klagenfurt und Salzburg*. Von <https://www.presetext.com/news/neue-physiotherapie-studienstandorte-in-wien-klagenfurt-und-salzburg.html> abgerufen
- Rachmatina, F. (2025). The role of exercise in preventing low back pain: A systematic review. *International Journal of Medical Science and Health Research*.
- Reddy, R., Alahmari, K., Alshahrani, M., Alkhamis, B., Tedla, J., ALMohiza, M., . . . Al-Qahtani, K. (2024). *Exploring the impact of physiotherapy on health outcomes in older adults with chronic diseases: a cross-sectional analysis*. Front. Public Health. doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1415882>
- Register-Initiative „Diabetes und Nerven“. (kein Datum). *Prevalence and risk factors of diabetic peripheral neuropathy in a diabetics cohort*.
- Reis, M., Ferreira, S., Conde, M., & Martins, A. (2025). Health and functioning of community-dwelling older adults in urban and rural areas of Portugal—What are the implications for physiotherapy care? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(12), 1827. doi:10.3390/ijerph22121827
- Riddle, D., Jiranek, W., & Hayes, C. (2014). Use of a validated algorithm to judge the appropriateness of total knee arthroplasty in the United States: A multicenter longitudinal cohort study. *Arthritis & Rheumatology*, 66(8), 2134–2143.
- Robinson, A., McIntosh, J., Peberdy, H., Wishart, D., Brown, G., Pope, H., & Kumar, S. (2019). *The effectiveness of physiotherapy interventions on pain and quality of life in adults with persistent post-surgical pain compared to usual care: A systematic review*. PLoS One. 2019 Dec 13;14(12):e0226227. doi:10.1371/journal.pone.0226227
- Rowley, N., Mann, S., Steele, J., Horton, E., & Jimenez, A. (2018). The effects of exercise referral schemes in the United Kingdom in those with cardiovascular, mental health, and musculoskeletal disorders: a preliminary systematic review. *BMC public health*, 18, 949.
- Ryans, I., Galway, R., Harte, A., Verghis, R., Agus, A., Heron, N., & McKane, R. (2020). The effectiveness of individual or group physiotherapy in the management of sub-acromial impingement: a randomised controlled trial and health economic

- analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 5565.
- Şahin, M., Yilmaz, R., & Şahin, N. (2025). *The Effect of Physical Therapy on Pain and Quality of Life in Patients with Chronic Neck Pain: A Prospective Randomized Controlled Study*. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi* 8(1):19-29. doi:10.33713/egetbd.1621867
- Sajatovic, M., Ridgel, A. L., Walter, E. M., Tatsuoka, C. M., Colon-Zimmermann, K., Ramsey, R. K., . . . Walter, B. L. (2017). A randomized trial of individual versus group-format exercise and self-management in individuals with Parkinson's disease and comorbid depression. *Patient preference and adherence*, 965–973.
- Schumann, M. E., Coombes, B. J., Gascho Jr, K. E., Geske, J. R., McDermott, M. C., Morrison, E. J., . . . Gilliam, W. P. (2022). Pain catastrophizing and pain self-efficacy mediate interdisciplinary pain rehabilitation program outcomes at posttreatment and follow-up. *Pain Medicine*, 23, 697–706.
- Sheehy, T. L., McDonough, M. H., & Zauber, S. E. (2017). Social comparisons, social support, and self-perceptions in group exercise for people with Parkinson's disease. *Journal of Applied Sport Psychology*, 29, 285–303.
- Sherrington, C., Fairhall, N., Wallbank, G., Tiedemann, A., Michaleff, Z., & Howard, K. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(1), CD012424.
- Skou, S., Roos, E., Laursen, M., Rathleff, M., Arendt-Nielsen, L., Simonsen, O., & Rasmussen, S. (2015). A randomized, controlled trial of total knee replacement. *New England Journal of Medicine*, 373(17), 1597–1606.
- Skou, S., Roos, E., Laursen, M., Rathleff, M., Arendt-Nielsen, L., Simonsen, O., & Rasmussen, S. (2018). Total knee replacement and non-surgical treatment of knee osteoarthritis: 2-year outcome from two parallel randomized controlled trials. *Osteoarthritis and Cartilage*, 26(9), 1170–1180.
- Sørensen, K., Pelikan, J., & Röthlin, F. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. doi:10.1093/eurpub/ckv043
- Sousa, H., Ribeiro, O., Afreixo, V., Costa, E., Paul, C., Ribeiro, F., & Figueiredo, D. (2021). "Should WE Stand Together?": A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of family-based interventions for adults with chronic physical diseases. *Family process*, 60, 1098–1116.

- Stark, C., Semler, O., Duran, I., Stabrey, A., Kaul, I., Herkenrath, P., . . . Schönau, E. (2013). Intervallrehabilitation mit häuslichem Training bei Kindern mit Zerebralparese. *Monatsschrift Kinderheilkunde* | Ausgabe 7/2013. Von <https://www.springermedizin.de/intervallrehabilitation-mit-haeuslichem-training-bei-kindern-mit/8049856> abgerufen
- Statistik Austria. (2015). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des AUSTRIAN Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Von https://www.statistik.at/fileadmin/publications/OEsterreichische_Gesundheitsbefragung_2014.pdf abgerufen
- Statistik Austria. (2020). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019, Hauptergebnisse des AUSTRIAN Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Von <https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Oesterreichische-Gesundheitsbefragung2019-Hauptergebnisse.pdf> abgerufen
- Statistik Austria. (2023). *Bevölkerung*. Von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung> abgerufen
- Statistik Austria. (2025). *Gesundheitsversorgung ambulant*. Von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsversorgung-ambulant> abgerufen
- Statistik Austria. (2025). *Medizinische und sozialmedizinische Merkmale von Geborenen*. Von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/geburten/medizinische-und-sozialmedizinische-merkmale-von-geborenen> abgerufen
- Statistik Austria. (2026). *Demographische Prognosen*. Von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-prognosen> abgerufen
- Statistik Austria. (2026). *Gesundheitsversorgung stationär: Medizinische Leistungen*. Von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsversorgung-stationaer-medizinische-leistungen> abgerufen

- Statistik Austria. (2026). *Studienabschlüsse*. Von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bildung/hochschulen/studienabschluesse> abgerufen
- Stynes, S., Jordan, K. P., Hill, J. C., Wynne-Jones, G., Cottrell, E., Foster, N. E., . . . Bishop, A. (2021). Evaluation of the First Contact Physiotherapy (FCP) model of primary care: patient characteristics and outcomes. *Physiotherapy*, 113, 199–208.
- Sun, E., Moshfegh, J., Rishel, C., Cook, C., Goode, A., & George, S. (2018). Association of early physical therapy with long-term opioid use among opioid-naïve patients with musculoskeletal pain. *JAMA Network Open*, 1(8), e185909. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.5909
- Tcymbal, A., Abu-Omar, K., Hartung, V., Busskamp, A., Comito, C., Rossmann, C., . . . Reimers, A. K. (2022). Interventions simultaneously promoting social participation and physical activity in community living older adults: A systematic review. *Frontiers in public health*, 10, 1048496.
- Teng, B., Rosbergen, I. C., Gomersall, S., Hatton, A., & Brauer, S. G. (2022). Physiotherapists' experiences and views of older peoples' exercise adherence with respect to falls prevention in Singapore: a qualitative study. *Disability and rehabilitation*, 44, 5530–5538.
- Thomas, S., Mackintosh, S., & Halbert, J. (2010). Does the 'Otago exercise programme' reduce mortality and falls in older adults?: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 39(6), 681–687.
- Tingulstad, A., Meneses-Echavez, J., & Evensen, L. (2022). Effectiveness of work-related interventions for return to work in people on sick leave: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Systematic Reviews*, 11, 192. doi:10.1186/s13643-022-02055-7
- Tiroler Tageszeitung. (2021). *Physiotherapie ab 2022 in ganz Österreich auf Kassenkosten*. Von tt.com: <https://www.tt.com/artikel/30803230/physiotherapie-ab-2022-in-ganz-oesterreich-auf-kassenkosten> abgerufen
- Türk S., A. M. (2018). *Hüft-und Knie-Endoprothetik in Österreich*. Wien: Türk, S., Amon, M., Bachinger, G., Heidinger, M., Klimek, P., Lindinger, P., ... & Unfallchirurgie, W. (2018). Hüft-und Knie-Endoprothetik in Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

- Tziaka, E., Tsiakiri, A., Vlotinou, P., Christidi, F., Tsiptsios, D., Aggelousis, N., . . . Serdari, A. (2024). A holistic approach to expressing the burden of caregivers for stroke survivors: a systematic review. *Healthcare*, 12, S. 565.
- Ussher, M., Faulkner, G., Angus, K., Hartmann-Boyce, J., & Taylor, A. (2019). Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10), CD002295. doi:10.1002/14651858.CD002295.pub6
- Vader, K., Donnelly, C., French, S. D., Grady, C., Hill, J. C., Tripp, D. A., . . . Miller, J. (2022). Implementing a new physiotherapist-led primary care model for low back pain: a qualitative study of patient and primary care team perspectives. *BMC Primary Care*, 23, 201.
- Van Delft, L. M., Valkenet, K., Slooter, A. J., & Veenhof, C. (2021). Family participation in physiotherapy-related tasks of critically ill patients: A mixed methods systematic review. *Journal of Critical Care*, 62, 49–57.
- Van Den Berg, M., Crotty, M., Liu, E., Killington, M., Kwakkel, G., & Van Wegen, E. (2016). Early supported discharge by caregiver-mediated exercises and e-health support after stroke: a proof-of-concept trial. *Stroke*, 47, 1885–1892.
- van Dijk, M., Vreven, J., Deschodt, M., Verheyden, G., Tournoy, J., & Flamaing, J. (2020). Can in-hospital or post discharge caregiver involvement increase functional performance of older patients? A systematic review. *BMC geriatrics*, 20, 362.
- Veras, M., Auger, L.-P., Sigouin, J., Gheidari, N., Nelson, M., Miller, W., . . . Kairy, D. (2025). Ethics and equity challenges in telerehabilitation for older adults: Rapid review. *JMIR Aging*, 8, e69660. doi:10.2196/69660
- Walsh, N., Berry, A., Halls, S., Thomas, R., Stott, H., Liddiard, C., . . . Jagosh, J. (2024). *Clinical and cost-effectiveness of first contact physiotherapy for musculoskeletal disorders in primary care: the FRONTIER, mixed method realist evaluation*. Health and Social Care Delivery Research, No. 12.49. Von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK610531/> abgerufen
- Wang, D. (2025). Effectiveness of various exercise types in reducing fall risk among older adults with diabetic peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Exercise Science and Fitness*.
- Wang, T.-C., Tsai, A. C., Wang, J.-Y., Lin, Y.-T., Lin, K.-L., Chen, J. J., . . . Lin, T. C. (2015). Caregiver-mediated intervention can improve physical functional recovery of

- patients with chronic stroke: a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and neural repair*, 29, 3–12.
- Wang, Y., Tyagi, S., Hoenig, H., Lee, K. E., Venketasubramanian, N., Menon, E., . . . others. (2021). Burden of informal care in stroke survivors and its determinants: a prospective observational study in an Asian setting. *BMC public health*, 21, 1945.
- Weisz, U., Pichler, P.-P., Jaccard, I., Haas, W., Matej, S., Bachner, F., . . . Weisz, H. (2020). Carbon emission trends and sustainability options in Austrian health care. *Resources, Conservation and Recycling*, 160, 104862. doi:10.1016/j.resconrec.2020.104862
- WIFO. (2024). *Fehlzeitenreport 2024, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten*. Von <https://www.wko.at/oe/news/fzr-2024-fehlzeitenreport.pdf> abgerufen
- Williamson, E., Boniface, G., Marian, I. R., Dutton, S. J., Garrett, A., Morris, A., . . . others. (2022). The clinical effectiveness of a physiotherapy delivered physical and psychological group intervention for older adults with neurogenic claudication: the boost randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology: Series A*, 77, 1654–1664.
- Wilson, A., Noble, H., Galway, K., & Doherty, J. (2025). Social prescribing for people living with long-term health conditions: a scoping review. *Systematic Reviews*, 14, 114.
- Wimmer, C., & Berweck, S. (2018). Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Zerebralparese. *neuroreha* 2018; 10(03): 137-142. doi:10.1055/a-0640-2039
- Wong, J., Côté, P., Sutton, D., Randhawa, K., Yu, H., & Varatharajan, S. (2017). Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *European Journal of Pain*, 21(2).
- Yaman, O., Zileli, M., & Şentürk, S. (2024). The role of conservative treatment in lumbar disc herniations: WFNS spine committee recommendations. *World Neurosurgery: X*.
- Yang, M., Bishop, A., Sussex, J., Roland, M., Jowett, S., & Wilson, E. (2021). *Economic evaluation of patient direct access to NHS physiotherapy services*. *Physiotherapy*. 111:40-47. doi:10.1016/j.physio.2020.12.005
- Yang, Z., Jia, H., Zhang, F., Huang, H., Hao, X., & Wang, A. (2024). A behavioural driving model of adherence to home-based cardiac rehabilitation exercise among patients with chronic heart failure: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 33, 531–542.

Zhao, R., Feng, F., & Wang, X. (2017). Exercise interventions and prevention of fall-related fractures in older people: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Epidemiology*, 46(1), 149–161.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl an Physiotherapeutinnen und -therapeuten, 2019 vs. 2024	3
Abbildung 2: Geschlechterverteilung der Physiotherapeutinnen und -therapeuten, 2019 vs. 2024	4
Abbildung 3: Altersverteilung der Physiotherapeutinnen und -therapeuten, 2019 vs. 2024	4
Abbildung 4: Versorgungsdichte mit Physiotherapie in Österreich, 2019–2024	6
Abbildung 5: Versorgungsdichte mit Physiotherapie nach Bundesländern, 2024	7
Abbildung 6: Inanspruchnahme von Physiotherapie im EU-Vergleich, 2019	13
Abbildung 7: Inanspruchnahme von Physiotherapie nach Geschlecht, 2014 vs. 2019	14
Abbildung 8: Inanspruchnahme von Physiotherapie nach Alter, 2019	15
Abbildung 9: Inanspruchnahme von Physiotherapie nach Bundesland, 2019	16
Abbildung 10: Kinder und Jugendliche (0–20-Jährige) in Physiotherapie, nach Bundesland, 2016	21
Abbildung 11: Stellenausschreibungen Physiotherapie, Feb. 2026	29
Abbildung 12: Studienabschlüsse Physiotherapie an Fachhochschulen, 2008–2025	30
Abbildung 13: Krankheitslast – Top-10-Krankheiten, nach Geschlecht, 2023	34
Abbildung 14: Krankheitslast – Top-10-Krankheiten, nach Alter, 2023	36
Abbildung 15: Krankheitshäufigkeit (Prävalenzen) vs. Angebot, 2023	37
Abbildung 16: Modell der Gesundheitsdeterminanten	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Setting der Berufsausübung (Angestellte), 2024	5
Tabelle 2: Therapieeinheiten pro Woche, 2024	8
Tabelle 3: Therapieeinheiten pro Jahr, 2024	8
Tabelle 4: Patientinnen und Patienten pro Jahr, 2024	9
Tabelle 5: Anteil Langzeitpatientinnen und -patienten, 2024	9
Tabelle 6: Kapazitäten – abgelehnte Anfragen pro Woche, 2024	10
Tabelle 7: Kapazitäten – durchschnittliche Wartezeit auf Therapieplatz, 2024	10
Tabelle 8: Alters-Zielgruppen, 2026	11
Tabelle 9: Fachgebiete, 2026	11
Tabelle 10: Platzierung Physiotherapie – konservative medizinische Leistungen in Krankenanstalten, 2024	17

Tabelle 11: Platzierung Physiotherapie – ambulante KA-Aufenthalte und Besuche, 2024	17
Tabelle 12: Medizinische Leistungen und Spitalsentlassungen nach Geschlecht, 2024	18
Tabelle 13: Medizinische Leistungen und Spitalsentlassungen nach Bundesland, 2024	19
Tabelle 14: Medizinische Leistungen und Spitalsentlassungen nach Versorgungskategorie, 2024	19
Tabelle 15: Medizinische Leistungen und Spitalsentlassungen nach Alter, 2024	20
Tabelle 16: Kinder und Jugendliche (0–20-Jährige) in Physiotherapie, nach Alter, 2016	20
Tabelle 17: Inanspruchnahme Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit umschriebenen Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80-F89), 2016	22
Tabelle 18: Inanspruchnahme Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen – Angebot vs. Nachfrage	23
Tabelle 19: Inanspruchnahme Physiotherapie bei Erwachsenen – Angebot vs. Nachfrage	24
Tabelle 20: Physiotherapie-Personalprognose: Bestand 2020, Soll-Stand 2030, Ersatz-, Zusatz- und Mehrbedarf	25
Tabelle 21: Physiotherapie-Bedarfsbilanz: Mehrbedarf abzüglich prognostizierter Ausbildungsabschlüsse	26
Tabelle 22: Demografische Entwicklung der österreichischen Grundpopulation sowie der Zielgruppe Physiotherapie bis 2030, nach Altersgruppen	27
Tabelle 23: Klientelspezifisches Wachstum in den unterschiedlichen Zielgruppen der Physiotherapie bis 2030	28
Tabelle 24: Studienabschlüsse und Studienplätze Physiotherapie, Verteilung nach Ausbildungsstätten, 2024/25 + 2026/27	31
Tabelle 25: Krankheitslast nicht-übertragbarer Krankheiten + Stürze, nach Geschlecht, 2023	34
Tabelle 26: Krankheitslast nicht-übertragbarer Krankheiten + Stürze, nach Alter, 2023	35
Tabelle 27: Krankenstandsquoten 2019 vs. 2023, nach Alter und Geschlecht	41
Tabelle 28: Arztbesuche 2019 vs. 2023, nach Alter und Geschlecht	42
Tabelle 30: Kinder mit Zerebralparese in Österreich, 2026	46
Tabelle 31: Frühgeburten in Österreich, 2025	48
Tabelle 32: Evidenzbilanz (Ebene 1)	49
Tabelle 33: Evidenzbilanz (Ebene 2)	53
Tabelle 34: Evidenzbilanz (Ebene 3)	62
Tabelle 35: Evidenzbilanz (Ebene 4)	73
Tabelle 36: Evidenzbilanz (Ebene 5)	78
Tabelle 37: Die Ergebnisse im Überblick (Einsparpotenzial in € pro Jahr)	99
Tabelle 38: Abkürzungen	129

Abkürzungsverzeichnis


Tabelle 37: Abkürzungen

Abkürzung	Bedeutung
AT	Österreich (österreichspezifisch)
AU-Fälle	Arbeitsunfähigkeitsfälle (Krankenstandsfälle)
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (frühere Ressortbezeichnung)
BOD	Burden of Disease (Krankheitslast)
DACH	Deutschland, Österreich, Schweiz
DALY	Disability-Adjusted Life Years
DIA-NF-A	Kennung der Diabetes-Lebensstation „Diabetische periphere Neuropathie – Sturzprävention“ (Hebel A und B)
DMP	Disease-Management-Programm
DPN	Diabetische periphere Neuropathie
ESD	Early Supported Discharge (koordinierte multidisziplinäre Frühentlassung)
FCP	First Contact Physiotherapist (direkter Zugang zur Physiotherapie)
GLA:D	Good Life with osteoArthritis in Denmark (strukturiertes Bewegungsprogramm)
GP	General Practitioner (Hausärztin bzw. Hausarzt)
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (Bewertungssystem für Evidenzsicherheit)
HRQoL	Gesundheitsbezogene Lebensqualität
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
K	Kostenbasis je Ereignis (Berechnungsparameter)
KI	Konfidenzintervall
LBP	Low Back Pain (Rückenschmerz)
LDF	Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen

Abkürzung	Bedeutung
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MEL	Medizinische Einzelleistung (LKF-Modell)
MSB	Muskel-Skelett- und Bindegewebserkrankungen
MSE	Muskel-Skelett-Erkrankungen
MTD-Gesetz	Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste
N	Zielpopulation (Berechnungsparameter)
o. J.	ohne Jahr (Quelle ohne Jahresangabe)
ÖDG	Österreichische Diabetes Gesellschaft
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
OP	Operation
OPTIMa	Ontario Protocol for Traffic Injury Management
PT	Physiotherapie
PT-Anteil	Attributionsanteil der Physiotherapie am beobachteten Gesamteffekt
q	geeigneter bzw. behandelbarer Anteil der Zielpopulation (Berechnungsparameter)
QALY	Quality-Adjusted Life Year (qualitätsbereinigtes Lebensjahr)
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie (randomised controlled trial)
RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
RR	Risk Ratio bzw. Rate Ratio (relatives Risiko)
SSNAP	Sentinel Stroke National Audit Programme (britisches Schlaganfallregister)
STATcube	Statistische Datenbank der Statistik Austria
T2DM	Typ-2-Diabetes mellitus
TEP	Totalendoprothese
TILDA	The Irish Longitudinal Study on Ageing
WFNS	World Federation of Neurosurgical Societies
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung



Physiotherapie in Österreich – eine Relevanzanalyse

Studie im Auftrag von Physio Austria

Martin Gleitsmann
Dominik Grübl
Alexandra Schenz
Gisela Szügyi
Alex Zanol

Unter Mitarbeit von: Lino Belau
Isabell Kovarik

September 2026



© 2026 Economica

Liniengasse 50-52 | A-1060 Wien