VERBAND FÜR PHYSIOTHERAPIE

VERBAND FÜR PHYSIOTHERAPIE – VEREINIGUNG FÜR DIE PHYSIOTHERAPEUTISCHEN BERUFE (VPT) E. V.

Bundesgeschäftsstelle
Hofweg 15
22085 Hamburg

Haus der Physiotherapie
Lydia-Rabinowitsch-Straße 16
10557 Berlin

Kontakt:
Telefon: +49 (0) 40 22723222
Telefax: +49 (0) 40 22723229
E-Mail: info@vpt.de

Stellungsnahme

des Verbands für Physiotherapie (VPT) e.V.

zum Kabinettsentwurf des
GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz
und den
Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit

Stand: 29.04.2026

A. Vorbemerkung

Wir erkennen den ernsthaften Handlungsbedarf an, den die prognostizierte Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit sich bringt. Eine Beteiligung des Heilmittelbereiche an den Einsparungen schließen wir ausdrücklich nicht aus. Nach einer langjährigen Unterfinanzierung im Heilmittelbereich sind die im Bericht der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagenen und nun im Rahmen des kommenden Gesetzesentwurfs diskutierten Maßnahmen allerdings geeignet, eine positive und politisch gewünschte Entwicklung auszuhebeln – und für geringe Einspareffekte die heute schon eingeschränkte Patientenversorgung zu gefährden.

Die Analyse der im Bericht enthaltenen Daten zeigt, dass sowohl die Problembeschreibung als auch die abgeleiteten Maßnahmen in wesentlichen Punkten nicht tragfähig sind und bei einer Umsetzung zu einer strukturell unausgewogenen Belastung des Heilmittelbereichs führen würde. Die Politik sollte bei der Bewertung der Maßnahmen deshalb die Versorgungsrealität im Blick behalten, die zu kurz greifende Analyse der Finanzkommission durch eine realistische Bewertung ergänzen und die heute bestehenden Ungleichgewichte nicht zusätzlich verstärken.

Wir fordern die Bundesministerin für Gesundheit, das Kabinett und die Fachpolitik auf, die Empfehlungen zur Vergütung deutlich und sachgerecht anzupassen und die Streichung im Rahmen der Blankoverordnung nicht vorzunehmen. Diese Maßnahmen belasten ausgerechnet den Bereich mit dem größten Fachkräftemangel und den niedrigsten Vergütungen, der gleichzeitig das größte Potenzial für eine günstigere Versorgung bietet. Der von der Finanzkommission Gesundheit postulierte versorgungsneutrale Wirkungszusammenhang basiert auf einer unzureichenden Analyse, gerne bieten wir an, gemeinsam an nicht versorgungsgefährdenden Konsolidierungsalternativen zu arbeiten.

B. Zusammenfassung

Teil 1: Versorgungsrealität als Bewertungsmaßstab

Die FinanzKommission Gesundheit bewertet den Heilmittelbereich ausschließlich über Steigerungsraten – ohne das tatsächliche Vergütungsniveau zu berücksichtigen. Dieser methodische Ausgangsfehler führt zu falschen Schlussfolgerungen vor allem bei der Beurteilung der Vergütungsentwicklung.

1.1 Niedriges Ausgangsniveau – keine Kostentreiberei

Die kritisierten Steigerungsraten hatten ihren Ausgangspunkt in einem Medianeinkommen von knapp 2.000 Euro Vollzeit – das niedrigste aller Gesundheitsfachberufe. Nach den politisch initiierten Korrekturen durch HHVG 2017 und TSVG 2019 liegt der Median heute bei 3.228 Euro (Sonderauswertung BA; Grafiken 1 und 2 der Langfassung). Kranken- und Pflegepersonal verdient gut 1.000 Euro mehr pro Monat; ein GKV-Angestellter knapp 1.500 € mehr als ein direkt versorgende Therapeut*in. Die Steigerungsraten waren politischer Wille und sachlich geboten – keine Kostentreiberei, sondern die überfällige Korrektur jahrzehntelanger struktureller Unterfinanzierung.

1.2 Vergütungssteigerungen kamen bei Angestellten an – BAS bestätigt

Die These, Vergütungssteigerungen seien nicht an angestellte Therapeut*innen weitergegeben worden, basiert auf dem BARMER Heilmittelreport 2024 und ist nachweislich falsch. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bestätigte nach SHV-Beschwerde zentrale Fehler: die gesetzlich gebotene Datenquelle ist die BGW (§ 125 Abs. 2 Nr. 9 SGB V). BGW-Daten weisen +43 % Gehaltssteigerung für 2017–2022 aus – nicht die vom BARMER-Report genutzten 29,4 %. Der bereinigte Umsatzanstieg der Praxen: nur ca. 40,5 % (da ca. 70 % der Einnahmen aus GKV), damit unter der Gehaltssteigerung der Angestellten. Der Vergleich Medianentgelt vs. Durchschnittsanstieg ist statistisch problematisch bei einer Maßnahme, die gezielt das untere Vergütungsniveau hebt.

Schlussfolgerung: Es wäre politisch nicht vertretbar, Vergütungskürzungen auf eine von der Aufsichtsbehörde als fehlerhaft beanstandete Darstellung der Krankenkassen zu stützen.

1.3 Größter Fachkräftemangel aller Gesundheitsberufe in der Physiotherapie

Die Physiotherapie weist mit knapp 300 Tagen Vakanzzeit (2025) und einem BA-Engpasswert von 2,7 den höchsten Fachkräftemangel aller deutschen Gesundheitsberufe auf – noch vor der Pflege (Grafiken 3 und 4 der Langfassung). 12.000 unbesetzte Stellen bedeuten rund 50 Mio. ausgefallene Behandlungseinheiten jährlich. Die daraus resultierenden Verlagerungs- und Substitutionseffekte in teurere Versorgungsebenen (Facharzt, Klinik, Reha) tauchen in keiner Finanzwirkungsrechnung der FinanzKommission Gesundheit auf.

Schlussfolgerung: Alle Maßnahmen des Kabinettsentwurfs müssen an diesem Ausgangsniveau gemessen werden. Die Einschätzung der FKG, die Maßnahmen hätten „keine Auswirkungen auf die Versorgung“, ist angesichts dieser Datenlage nicht haltbar.

Teil 2: Drei Maßnahmen, drei Anpassungsbedarfe

	Ausgangslage / bisherigeRegelung	Kabinettsentwurf / VPT-Forderung
GLS-Bindung **Art. 1 Nr. 25 + Nr. 44**	Seit HHVG 2017 / TSVG 2019 GLS aufgehoben. § 125 Abs. 3 SGB V: „angemessene Preise“ Vergütung muss kostendeckend sein (Personal-, Raum-, Sachkosten). Jetziges Kostenkopplungsverfahren begrenzt Steigerungen bereits wirksam.	**Kabinettsentwurf:** GLS-Bindung als neue Deckelungsregel + 1-Prozentpunkt-Abschlag 2027 bis 2029. **Forderung:** Streichung. Kostenkopplungsverfahren § 125 Abs. 3 bleibt alleiniger Maßstab. **Alternativ:** nur temporäre Begrenzung ohne zusätzlichen Abschlag.
Blankoverordnung **Art. 1 Nr. 45**	Pauschale (58,63 € Physiotherapie / 102,19 € Ergotherapie) vergütet nachweisbaren Mehraufwand: Befunderhebung, Therapiesteuerung, Dokumentation, Haftung, Fachaustausch. Schiedsstelle Ergotherapie hat Mehraufwand anerkannt. Gesetzliche Evaluation erst 2028 fällig.	**Kabinettsentwurf:** Streichung Pauschale auf Basis unzureichender AOK-Stichprobe; Qualität nicht gemessen; FKG-Kategorie-A-Einstufung nicht gerechtfertigt. **Forderung:** Streichung der Pauschalenabschaffung. Evaluationszeitraum 2028 einhalten.
Zuzahlung **Art. 1 Nr. 23**	**Heilmittel:** 10 % + 10 € / VO – ungedeckelt, keine Festbeträge, keine Befreiung durch Rabattverträge. **Arzneimittel:** gedeckelt 5 bis 10 € je Packung, tausende Präparate zuzahlungsfrei.	**Kabinettsentwurf:** Verordnungsgebühr auf 15 € (+50 %), Ungleichbehandlung bleibt. **Forderung:** Streichung der Erhöhung. **Alternativ:** Deckelung/Pauschalisierung Heilmittelzuzahlung auf max. 15 € je Verordnung analog § 61 Satz 1 SGB V.

2.1 GLS-Bindung: Dauerhafter Niveauabsenkungseffekt wird erhebliche Wirkung auf Fachkräfte entfalten

Die FinanzKommission Gesundheit kommuniziert einen Einmaleffekt für 2027-2029. Tatsächlich senkt die Doppelbegrenzung das Vergütungsniveau durch GLS-Bindung und Sonderabschlag dauerhaft ab: Alle künftigen Steigerungen wachsen von einem niedrigeren Sockel aus, der Abstand zum kostendeckenden Referenzpfad vergrößert sich jährlich.

Auf Basis der GKV-Ausgaben im Heilmittelbereich 2026 von ca. 13 Mrd. Euro: Eine um 2% reduzierte Steigerung der Vergütung bedeutet einen Verlust von 260 Mio. € im ersten Jahr, 525 Mio. € im zweiten Jahr und schon 828 Mio. € im dritten Jahr. Nach den drei Jahren würden bei Steigerungsraten von 2% statt 4% ein Minus von 6,4% in der Vergütung vorliegen – ohne Bezug zu den Kosten der Praxen.

Hinzu kommt der systemische Widerspruch: Das Reformpaket stärkt die Mengensteuerung bei operativen Eingriffen (Zweitmeinungsverfahren), beschneidet aber gleichzeitig die Heilmittelversorgung – also jene Substitutionsleistung, die kostenintensive Eingriffe vermeidet. Heilmittel gehören nicht zu den Kostentreibern der GKV – sie sind Teil der Lösung.

2.2 Blankoverordnung: Evaluation vor Reform

Unterkomplexe Stichprobenerhebung und Mengenauswertung der Abrechnungsdaten einer Einzelkasse, keinerlei Qualitätsmessung, keine Prozessanalyse, keine Systemwirkungen und kein Nachweis einer Doppelvergütung – auf dieser Grundlage soll ein zentrales Vergütungselement eines Reformmodells gestrichen werden, dessen gesetzlicher Evaluationsbericht erst 2028 fällig ist (§ 125a SGB V). Die beobachtete Verschiebung von Krankengymnastik zu Manueller Therapie bei Schulterdiagnosen ist leitliniengerecht – kein Fehlanreiz, sondern der intendierte Effekt der Blankoverordnung zu einer besseren Versorgung. Wer Mengensteuerung beim Arzt stärkt und die therapeutische Eigenverantwortung des Alternativmodells gleichzeitig schwächt, setzt keine konsistente Steuerungslogik um.

2.3 Zuzahlung: Strukturelle Ungleichbehandlung bleibt unkorrigiert

Künftig: Arzneimittelzuzahlung gedeckelt auf 7,50 bis 15 € je Packung, tausende Präparate zuzahlungsfrei; Heilmittelzuzahlung ungedeckelt 10 % je Heilmittel + 15 € je Verordnung. Kalkulationsbeispiel Schulter-Impingement: Physiotherapieverordnung 6×MT + 3×KG = 39,98 € Zuzahlung; pharmazeutische Therapie mit Rabattvertragspräparaten = 0 € oder maximal 15€. Jahresbelastung bei chronischer Erkrankung wesentlich höher. Wer Ausgewogenheit formuliert, muss das Zuzahlungsrecht übergreifend angleichen.

Fazit: Die Physiotherapie und die anderen Heilmittelbereiche sind geeignet, um im teuren Gesundheitssystem deutlich Einsparungen zu ermöglichen. Dazu braucht die seitens der Bundesministerin Warken geplante Einbindung in die Primärversorgung und die Wahrnehmung als echte Alternative beispielsweise bei operativen Eingriffen. Deshalb begrüßen wir bspw. das Zweitmeinungsverfahren.

Es ist allerdings absehbar, dass durch die zu hohen Vergütungskürzungen die notwendigen Fachkräfte fehlen werden, um die geplanten strukturellen Reformen durchzuführen. Gleichzeitig wird ohne geregeltes Verfahren eine frühzeitige und unterkomplexe Bewertung einer neu eingeführten Versorgungsform vorgenommen – die bessere Patientenversorgung wird den Therapeut*innen zum Vorwurf gemacht, statt eine Ausweitung zu forcieren.

C. Begründung und Bewertung der vorgeschlagenen Anpassungsmaßnahmen

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Versorgungsqualität ..... Seite 5
1.1 Vergütungsniveau Physiotherapie ..... Seite 5
1.2 Vergütungssteigerungen gelangen zu Angestellten ..... Seite 6
1.3 Fachkräftemangel ..... Seite 7
2. Anpassungen des Kabinettsentwurfs GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz ..... Seite 8
2.1 Grundlohnsummenbindung und Sonderabschläge ..... Seite 8
2.2 Streichung Verwaltungspauschale Blankoverordnung ..... Seite 11
2.3 Zuzahlungserhöhung ..... Seite 14

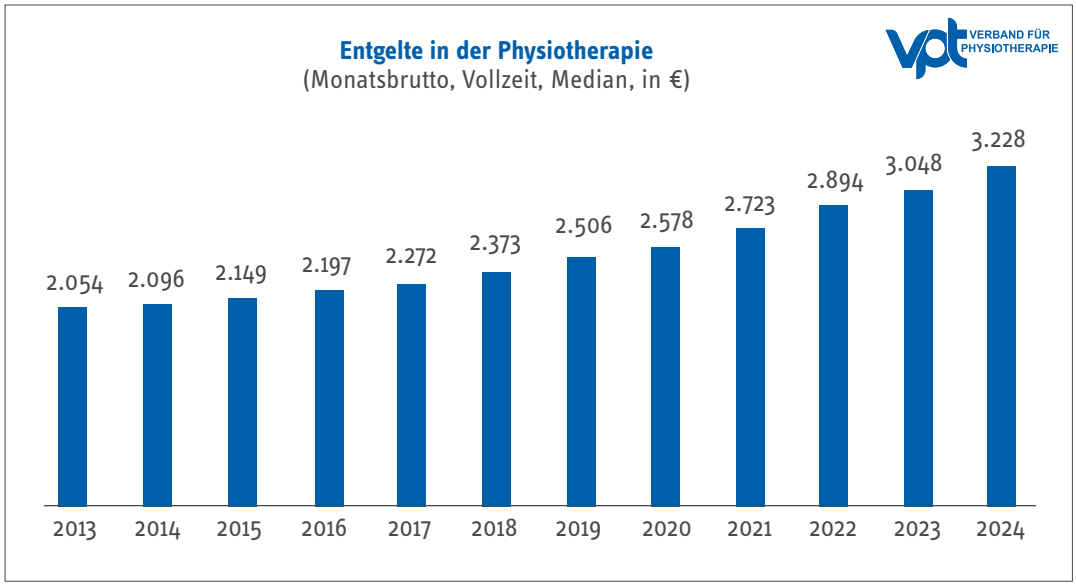
1. Hintergrund und Versorgungsrealität: Jahrelange strukturelle Unterfinanzierung als Ausgangspunkt für Fachkräftemangel und lange Wartezeiten

1.1 Analyse der Finanzkommission Gesundheit vernachlässigt Vergütungsniveau

Die Finanzkommission Gesundheit greift in ihrem Bericht zur Vergütungsbewertung ausschließlich auf die Steigerungsraten der einzelnen GKV-Bereiche zurück. Diese Beurteilung ohne das Vergütungsniveau zeigt die Schwäche der Analyse, die im Bereich der Physiotherapie besonders deutlich wird. Maßnahmen müssen mit einem ehrlichen Blick auf das tatsächliche Vergütungsniveau beginnen.

Hintergrund der von der Finanzkommission kritisierten Steigerungsraten waren Vergütungsniveaus von knapp 2.000€ für eine Vollzeitstelle in der Physiotherapie (Medianentgelt, Vollzeit, brutto), die mit gezielten politischen Maßnahmen angehoben wurden. Die Grundlohnsummenbindung hat über Jahrzehnte eine Unterfinanzierung ausgelöst, die in Versorgungsengpässen und unattraktiven Berufen endete. Mit der Aufhebung der GLS-Bindung, der gesetzlich verankerten Festlegung von angemessenen Preisen und der Einführung einer Schiedsstelle konnte die Unterfinanzierung durchbrochen werden. Die Steigerungsraten waren mit Blick auf die Versorgungsrealität dringend geboten.

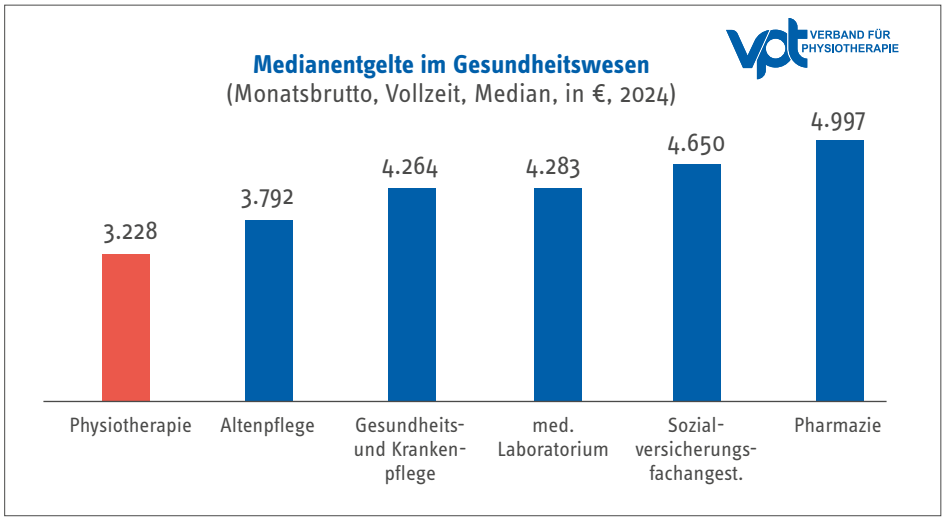
Grafik 1:



Quelle: Sonderauswertung Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Nach diesen Steigerungen konnte die Vergütung auf 3.228€ im Monat gesteigert werden. Der Vergleich mit anderen Berufen zeigt dennoch Für die aktuelle Situation ergeben die Mediangehälter für das Jahr 2024 ein eindeutiges Bild.

Grafik 2:



Quelle: Sonderauswertung Bundesagentur für Arbeit, eigene Dartsellung

Physiotherapeut*innen erzielen trotz dreijähriger Fachausbildung oder Hochschulstudium eines der niedrigsten Einkommen aller medizinischen Fachberufe. Gesundheits- und Krankenpflege liegen gut 1.000€ je Monat über der Physiotherapie, ein kaufmännischer Sachbearbeiter einer Krankenkasse verdient das 1,5fache eines Therapeuten mit direktem Patientenkontakt und hoher körperlicher sowie kognitiver Belastung. Dieses Ungleichgewicht ist kein Marktversagen, sondern das Ergebnis jahrzehntelanger struktureller Unterfinanzierung, die der Gesetzgeber ab 2017 bewusst zu korrigieren begann.

Schlussfolgerung: Die Vergütungssteigerungen waren politischer Wille und sachlich geboten, um die Versorgung mit Heilmitteln aufrecht erhalten zu können. Die Heilmittelerbringer sind keine Kostentreiber, sondern eine jahrzehntelang Unterfinanzierung wurde korrigiert.

1.2 Richtigstellung: Vergütungssteigerungen gelangten nachweislich zu den Angestellten

Im Kontext der Ausgabenkritik zirkuliert eine Behauptung der Krankenkassen, die von der FinanzKommission Gesundheit als implizite Grundlage ihrer Empfehlungen herangezogen wird und nachweislich falsch ist: die Behauptung, die Vergütungssteigerungen der letzten Jahre seien nicht an die angestellten Therapeut*innen weitergegeben worden. Diese These geht maßgeblich auf den BARMER Heilmittelreport 2024 zurück, der unter Rückgriff auf den Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit für den Zeitraum 2017–2022 eine Gehaltssteigerung von lediglich 29,4 % ausweist, während die Umsatzsteigerungen der Praxen mit 57,8 % beziffert wurden. Der erste Fehler im Barmer-Report: Er nutzte den Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit als Datengrundlage, obwohl laut § 125 Abs. 2 Nr. 9 SGB V ausdrücklich die Statistiken der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) heranzuziehen sind, wenn es um den Nachweis tatsächlich gezahlter Arbeitsentgelte in der Heilmittelversorgung geht. Die BGW-Daten zeigen ein grundlegend anderes Bild mit Gehaltssteigerungen von 43% (!) im untersuchten Zeitraum. Der zweite Fehler ist die fehlerhafte Analyse der Daten. Im Vergleich von Vergütungssteigerungen und Gehalt wird das Medianentgelt herangezogen. Die Maßnahme der Einführung bundeseinheitlicher Preise wirkt gezielt im unteren Vergütungsniveau. Damit ist eine stark eingeschränkte Wirkung auf die Messgröße des Medianentgelts zu erwarten, ein Vergleich mit den gesamten,

durchschnittlichen (!) Vergütungsentwicklungen ist statistisch problematisch. Für ein wissenschaftliches Institut ein bemerkenswerter Fehler. Darüber hinaus ist der Praxisumsatz nicht mit dem Kassenanteil gleichzusetzen, da nur rund 70 % der Gesamteinnahmen einer Physiotherapiepraxis aus GKV-Leistungen stammen. Die tatsächliche Umsatzsteigerung aus GKV-Vergütungen beträgt damit nicht 57,8 %, sondern bereinigt ca. 40,5 % – und liegt damit unter der BGW-nachgewiesenen Gehaltssteigerung der Angestellten von 43 %.

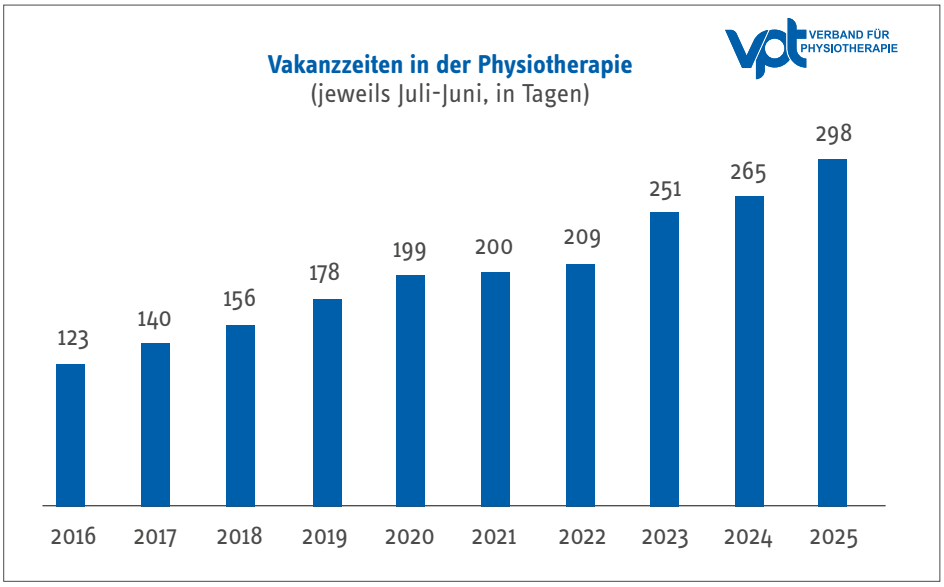
Der SHV hat im Oktober 2024 formell Beschwerde gegen diese Darstellung beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) eingelegt. Das BAS hat die Beschwerde geprüft und zentrale Kritikpunkte bestätigt: Das Fehlen der gesetzlich vorgeschriebenen BGW-Daten im Barmer-Report stellt nach Einschätzung des BAS einen „Mangel an der Richtigkeit der Information" dar. Die Einschätzung, nicht-therapeutische Angestellte hätten höhere Gehaltszuwächse erhalten und dies erkläre die Differenz, wird vom BAS als „eher abwegig" bewertet. Die Gleichsetzung von Umsatz- und Vergütungssteigerungen ohne Berücksichtigung anderer Kostenfaktoren hält das BAS „nicht für unbegründet" kritisierbar. Die BARMER hat den Report daraufhin überarbeitet und angekündigt, im Jahr 2025 keine Fortsetzung der Gehaltsanalyse vorzunehmen.

Schlussfolgerung: Die Prämisse, Vergütungssteigerungen seien nicht bei den Angestellten angekommen, ist nachweislich falsch und von der zuständigen Aufsichtsbehörde als fehlerhaft beanstandet worden. Es wäre politisch nicht vertretbar, Vergütungskürzungen auf diese Falschdarstellung der Krankenkassen umzusetzen.

1.3 Fachkräftemangel: Größter Engpass aller Gesundheitsberufe

Der Fachkräftemangel in der Physiotherapie ist bundesweit durch offizielle Statistiken belegt und in seiner Intensität einzigartig. Mit einer Vakanzzeit von knapp 300 Tagen im Jahr 2025 warten Physiotherapiepraxen mehr als dreimal länger auf eine Stellenbesetzung als der Bundesdurchschnitt von ca. 85 Tagen. Gleichzeitig sind die Physiotherapie und die Ergotherapie an der Spitze der Versorgungsengpässe anzusiedeln, die Bundesagentur für Arbeit weist mit einem Wert von 2,7 der Engpassindikatoren die beiden Berufsfelder als einsame Spitzenreiter aus. Das IW Köln hat die Fachkräfteengpässe nach Wirtschaftszweigen untersucht, 26% aller offenen Stellen im Gesundheitswesen sind der Physiotherapie zuzuordnen. Auch hier ist die Physiotherapie trauriger Spitzenreiten mit 12.000 fehlenden Fachkräften – noch deutlich vor der Pflege.

Grafik 3:



Quelle: Sonderauswertung Bundesagentur für Arbeit

Grafik 4:

Wirtschaftszweig (BEKI)	Berufsgattung	Fachkräftelücke	Engpassintensitätsquote
Gesundheitswesen (0,13)	Physiotherapie – Spezialist	11.979	26,0 %
	Gesundheits- und Krankenpflege – Fachkraft	7.174	15,5 %
	Zahnmedizinische Fachangestellte – Fachkraft	6.778	14,7 %
	Ergotherapie – Spezialist	3.883	8,4 %
	Medizinische Fachangestellte – Fachkraft	3.863	8,4 %

IW-Report 55/2025

Die FinanzKommission Gesundheit blendet diese Daten in ihrer Wirkungsanalyse des Preismoratoriums weitgehend aus und postuliert keine Auswirkungen auf die Versorgung. Jede unbesetzte Stelle erzeugt einen Versorgungsausfall: pro fehlende Fachkraft entsteht ein Behandlungsausfall für Patient*innen und ein Umsatzverlust, der die Praxen vor starke wirtschaftliche Probleme stellt. Bundesweit entsprechen 12.000 unbesetzte Stellen einem jährlichen Versorgungsausfall von rund 50 Mio. Behandlungseinheiten – die daraus folgenden Versorgungseffekte wie längere Krankheit, teurere Therapien oder mehr stationäre Aufnahmen sind in keiner Finanzwirkungsrechnung der Kommission berücksichtigt worden.

Schlussfolgerung: Trotz der erheblichen Vergütungssteigerungen konnten der Fachkräftemangel in der Physiotherapie bisher nicht gestoppt werden. Im Vergleich der Berufe ist die Physiotherapie weiterhin zu unattraktiv, zudem greift der doppelte demografische Faktor in der Physiotherapie und steigende Bedarfe treffen auf nicht steigende Therapeutenzahlen. Die Versorgungswirkung der Einsparmaßnahmen muss vor diesem Hintergrund bewertet werden - und darf nicht, wie im Bericht der Finanzkommission Gesundheit geschehen, ausgeblendet werden. Die physiotherapeutische Versorgung greift aufgrund des Fachkräftemangels zu oft zu spät – lange Wartezeiten bedeuten zusätzliche Kosten im GKV-System und in der Volkswirtschaft.

2. Notwendige Anpassungen des Kabinettsentwurfs zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz

Zu den Regelungen des Kabinettsentwurfs im Einzelnen mit den entsprechenden Anpassungsbedarfen:

2.1 Vergütungsdeckelung durch Grundlohnsummenbindung und zusätzlichen Abschlägen in den Jahren 2027 bis 2029 zu Artikel 1 Nr. 25 und Artikel 1 Nr. 44 Kabinettsentwurf und § 71 i.V.m. § 125 SGB V

Bewertung der Maßnahme: Keine Rückkehr zu jahrelanger, struktureller Unterfinanzierung

Erst ab 2017 konnten wichtige Weichen für die Berufe im Heilmittelbereich gestellt werden. Mit dem HHVG 2017 und dem TSVG 2019 hat der Gesetzgeber zwei gezielte Korrekturen vorgenommen: Die Grundlohnsummenbindung nach § 71 SGB V wurde zunächst befristet ausgesetzt, dann dauerhaft aufgehoben. An ihre Stelle trat eine neue Verhandlungslogik: Nach § 125 Abs. 3 SGB V müssen vereinbarte Vergütungen einen wirtschaftlich zu führenden Praxisbetrieb gewährleisten; maßgeblich sind Personal-, Raum- und Sachkosten. Der politische Wille war eindeutig formuliert: Die strukturelle Unterfinanzierung sollte beendet, die Attraktivität der Heilmittelberufe gesteigert und dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden (BT-Drucksache 18/11205).

Seit 2020 hat sich ein darauf aufbauendes Verhandlungsverfahren etabliert, das Preisanpassungen an die Entwicklung

der Personal-, Raum- und Sachkosten koppelt. Dieses Verfahren ist bereits jetzt ein wirksames Instrument zur Ausgabenbegrenzung – es beschränkt Steigerungen auf den tatsächlich nachgewiesenen Kostenbedarf und verhindert übermäßige Zuwächse. Die nun geplante Wiedereinführung der GLS-Bindung als zusätzliche Obergrenze setzt daher nicht an einem Regelungsdefizit an, sondern greift in ein bereits funktionierendes System ein.

Die Regelung, künftig den jeweils niedrigsten Wert aus Grundlohnsumme oder realer Kostenentwicklung anzusetzen, konterkariert exakt das, was HHVG und TSVG erreichen wollten: die Kopplung der Vergütung an die tatsächliche Kostenrealität der Praxen. Sie ist eine gesetzgeberische Selbstkontradiktion. Die GLS-Bindung verhinderte jahrzehntelang effektiv eine Niveauanhebung im Heilmittelbereich. Ihre Wiedereinführung als Deckel ist Einsparinstrument, sondern eine Rückkehr in eine politisch überwundene Struktur mit nachgewiesenen Versorgungsschäden.

Entkopplung der Vergütung von Kosten führt zu Versorgungsengpässen

Die Grundlohnsumme misst die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV – nicht die Kosten- und Lohnentwicklung der Leistungserbringer. Wann immer Personalkosten, Energie und Sachkosten stärker steigen als die Lohnsumme der Beitragszahler, entsteht für Physiotherapiepraxen eine jährliche Deckungslücke. Die negative Entwicklung der Vergangenheit belegt, dass dies der Regelfall ist, nicht die Ausnahme. Trotz der erheblichen und politisch intendierten Gehaltssteigerungen liegen die Tarife für Therapeuten in Krankenhäusern gemäß TVöD im Durchschnitt noch immer um rund 30 Prozent über den Gehältern in ambulanten Praxen und die Physiotherapeut*innen liegen zwischen 30% und 50% unter vergleichbaren Berufen im Gesundheitswesen. Die geplante Begrenzung würde diesen Unterschied weiter vergrößern mit vorhersehbaren Folgen: Fachkräfte wandern verstärkt in andere Einrichtungen und Bereiche ab. Der Fachkräftemangel im ambulanten Bereich – bereits heute der größte aller deutschen Spezialistenberufe – würde sich weiter zuspitzen und die Versorgung weiter einschränken.

Der langfristige Niveauabsenkungseffekt

Die doppelte Begrenzung erzeugt nicht nur den kommunizierten einmaligen Spareffekt. Vielmehr senkt sie das Vergütungsniveau dauerhaft ab: Alle künftigen Steigerungen wachsen von einem niedrigeren Sockel aus. Durch den Zinseszinseffekt vergrößert sich der Abstand zum kostendeckenden Referenzpfad mit jedem Jahr, auch wenn die nominalen Steigerungsraten unverändert bleiben. Je nach realer Kostenentwicklung und der Wirkung der doppelten Begrenzung sind 2 bis 3 Prozentpunkte je Jahr zu erwarten. Im moderaten Szenario bei einer 2% Kürzung steigt der jährliche Niveauabstand von 208 Mio. € in 2027 auf 433 Mio. € in 2028 und 675 Mio. € in 2029 an. Auch nach Ende der Kürzung greift die Maßnahme dauerhaft negativ in die Vergütung ein, zusätzlich greift der Zinseszinseffekt der Niveauabsenkung. Allein im 10 Jahreshorizont sind Einsparungen in Höhe von 6,8 Mrd. € im moderaten Szenario zu erwarten, dass ist eine jährliche strukturelle Unterfinanzierung von fast 700 Mio. € bei einem aktuellen Umsatz von 10 Mrd. €. Der kommunizierte Effekt ist in der Regel geringer und suggeriert eine Kürzung für 3 Jahre, die öffentliche Kommunikation bildet damit nur einen Bruchteil der tatsächlichen Langfristwirkung ab.

Grafik 5:

Langfristige Vergütungskürzung durch GLS und 1%-Abschlag
(Beispielrechnung bei 2 % Kürzung durch Maßnahme)

	Umsatz 2026	2027	2028	2029	Gesamt bis 2036
Heilmittel	15 Mrd. €	300 Mio. €	624 Mio. €	973 Mio. €	9,7 Mrd. €
Physiotherapie	10,4 Mrd. €	208 Mio. €	433 Mio. €	675 Mio. €	6,8 Mrd. €

Quelle: VPT Verband für Physiotherapie, eigene Berechnungen

Systemischer Widerspruch: Mengensteuerung vs. pauschale Preisbegrenzung

Das Reformpaket sieht gleichzeitig eine Ausweitung des Zweitmeinungsverfahrens mit Abrechnungsverbot bei bestimmten mengenanfälligen operativen Eingriffen vor. Mit diesem Instrument greift der Gesetzgeber gezielt an der Quelle von Fehlanreizen an, ein sachgerechtes und wirkungsvolles Steuerungsinstrument. Demgegenüber setzt die GLS-Bindung im Heilmittelbereich pauschal an der Preisseite an – unabhängig von Versorgungsqualität, realen Bedarfen der Patient*innen oder strukturellen Besonderheiten. Dieser Ansatz ist nicht konsistent mit der gleichzeitig angewandten Steuerungslogik. Im Heilmittelbereich werden pauschal Vergütungssteigerungen begrenzt, obwohl Heilmittelleistungen typischerweise Substitutionsleistungen sind: Sie vermeiden Operationen, reduzieren stationäre Aufenthalte und verhindern Chronifizierungen. Eine effiziente Systemsteuerung setzt an tatsächlichen Kostentreibern an. Heilmittel gehören nicht dazu – sie machen lediglich einen geringen Anteil an den Gesamtausgaben aus und sind eigentlich sogar als Teil der Lösung vorgesehen. Die doppelte Begrenzung beschränkt damit ausgerechnet jenen Leistungsbereich, der zur Stabilisierung des Systems beitragen könnte. Während das Reformpaket an anderer Stelle Anreize für qualitäts- und bedarfsgerechte Versorgung setzt, konterkariert die pauschale Preisbegrenzung im Heilmittelbereich diesen Ansatz. Es entsteht ein systemischer Widerspruch, der im Gesetzgebungsverfahren aufgelöst werden sollte.

Hochproblematische Versorgungsfolgen: Der Fachkräftemangel als Transmissionsriemen

Die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem Ersten Bericht (S. 198) erklärt, die Vergütungsbegrenzung habe „keine unmittelbaren negativen Auswirkungen auf die Versorgung“. Diese Einschätzung lässt eine bekannte und in offiziellen Daten belegte Wirkungskette außer Acht: Vergütungsstagnation verursacht fehlende Spielräume für Gehaltssteigerungen, dies bedeutet eine verstärkte Abwanderung in andere Bereiche/Einrichtungen. Infolgedessen steigen die Vakanzzeiten und die Behandlungskapazitäten sinken. Durch die Verlagerung in andere Versorgungsbereiche und damit in teurere Versorgungsebenen verursachen die Vergütungskürzungen höhere GKV-Gesamtkosten.

Bereits vor Einführung des TSVG war eine ähnliche Situation zu beobachten – allerdings unter weniger restriktiven Bedingungen. Die nun geplante doppelte Begrenzung ist enger als das System vor 2017, weil sie nicht nur die GLS-Rate als Obergrenze einführt, sondern einen zusätzlichen Abschlag vorsieht und gleichzeitig auch den Mechanismus aushebelt, der bei nachgewiesenem Kostenbedarf eine höhere Vergütung ermöglicht.

Die offiziellen Daten der Bundesagentur für Arbeit (siehe Abschnitt 1.3) bescheinigen der Physiotherapie bereits heute den höchsten Fachkräftemangel aller Berufe. In diesem Kontext ist ein Vergütungsmechanismus, der reale Lohnsteigerungen strukturell verhindert, keine neutrale Maßnahme – er ist ein aktiver Treiber weiterer Versorgungsengpässe.

Schlussfolgerung: Beibehaltung des bestehenden Kostenkopplungsverfahrens nach § 125 Abs. 3 SGB V als alleinigem Maßstab für Vergütungsanpassungen im Heilmittelbereich. Das Verfahren wirkt bereits begrenzend und ist systemgerecht. Keine Wiedereinführung der GLS-Bindung als zusätzliche Deckelungsregel, und keine Einführung eines Abschlags unter die GLS-Rate. Ein solcher Abschlag erzeugt per definitionem reale Vergütungskürzungen, die dem gesetzlichen Auftrag zur Kostendeckung widersprechen. Berücksichtigung der langfristigen Niveauabsenkungseffekte in der Finanzwirkungsrechnung des Gesetzes. Die kumulierten Deckungslücken, die für Praxen entstehen, müssen in einer vollständigen Folgeabschätzung ausgewiesen und die Gesamtkosten des GKV-Systems gegengerechnet werden. Alternativ braucht es eine temporäre Beschränkung der Maßnahmen.

Änderungsbedarf: Streichung folgender Regelungen des Kabinettsentwurfs:

Zu Artikel 1 Nr. 25:
§ 71 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.
b) Absatz 3 Satz 3 und 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die durchschnittliche Veränderungsrate nach Satz 1 wird für die Jahre 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in § 223 Absatz 4 Satz 1 ermittelt. Das Ergebnis der Ermittlung nach Satz 1 ist in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt zu mindern. Die durchschnittliche Veränderungsrate nach den Sätzen 1 bis 4 wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht."

sowie

Zu Artikel 1 Nr. 44:
§ 125 Absatz 3 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Es gilt § 71 Absatz 1 bis 3."

Alternative:
temporäre Begrenzung der Grundlohnsummenbindung und Streichung des Abschlags von einem Prozentpunkt.

2.2 Streichung der Verwaltungspauschale in der Versorgung nach § 125a SGB V (Blankoverordnung) zu Artikel 1 Nr. 45 Kabinettsentwurf und § 125a SGB V

Bewertung der Maßnahme: Der Kabinettsentwurf folgt der Empfehlung Nr. 25 der FinanzKommission Gesundheit und sieht die Streichung der versorgungsbezogenen Pauschale je Blankoverordnung vor: 58,63 Euro in der Physiotherapie, 102,19 Euro in der Ergotherapie. Die veranschlagte Finanzwirkung beträgt rund 170 Mio. Euro für 2027 (FKG Erster Bericht, S. 8).

Begründet wird die Maßnahme mit stichprobenartigen AOK-Analysen, die „keine substanziellen Unterschiede im Therapieaufbau gegenüber Regelversorgungsverordnungen" gezeigt hätten. Der AOK-Bundesverband ist auf Basis der eigenen Analyse an die Öffentlichkeit gegangen, es seien keine Qualitätsgewinne erkennbar. **Beide Aussagen sind methodisch nicht haltbar:** Die Analyse beruht auf einer zeitlich verfrühten, mengenbasierten Stichprobe einer Einzelkasse. Qualitätsindikatoren wurden zu keinem Zeitpunkt gemessen.

Sachliche Grundlage der versorgungsbezogenen Pauschale

Die Pauschale wurde durch den GKV-Spitzenverband und die Heilmittelverbände gemeinsam verhandelt und im Vertrag nach § 125a SGB V verankert. Sie bildet einen Mehraufwand ab, der bei der Blankoverordnung strukturell und gesetzlich begründet anfällt und in der Regelversorgung nicht besteht. Dieser Mehraufwand gliedert sich in drei eigenständige Kategorien:

Regelversorgung § 125 SGB V	Blankoverordnung § 125a SGB V (zusätzlich)
Arzt legt Heilmittel, Frequenz und Dauer fest	Therapeut entscheidet eigenverantwortlich über Heilmittelart, Frequenz, Setting, Dauer – nach eigener Befunderhebung
Standarddokumentation gemäß § 14 Vertrag § 125 SGB V	Ergänzende Dokumentation: Therapieplan, Auswahl vorrangiger/ergänzender Heilmittel, Frequenz, Dauer, Anzahl Behandlungseinheiten
Feste Terminserie, keine Anpassung erforderlich	Flexible Terminierung: Vorhaltung von Zeitslots, häufige Frequenzänderungen, erhöhter Abrechnungs- und Quittungsaufwand
Keine eigene Haftungsverantwortung für Auswahl des Heilmittels	Erhöhtes Haftungsrisiko gemäß §§ 630 ff. BGB; ggf. höhere Berufshaftpflichtbeiträge
Kein inter-/intradisziplinärer Fachaustausch strukturell vorgeschrieben	Fortlaufender inter- und intradisziplinärer Fachaustausch zur Therapieüberprüfung und Abstimmung
Keine eigenständige Patientenaufklärung über Versorgungsablauf	Aufklärung über Inhalt, Ablauf und sich verändernde Zuzahlung der Blankoverordnung

Diese Mehrleistungen sind kein theoretisches Konstrukt: Die Schiedsstelle Ergotherapie hat den Mehraufwand der Blankoverordnung gegenüber der Regelversorgung ausdrücklich anerkannt und entsprechend vergütet. Die Behauptung einer Doppelvergütung setzt voraus, dass dieser Aufwand bereits in der Behandlungsvergütung abgegolten ist. Einen solchen Nachweis hat die FinanzKommission Gesundheit nicht erbracht und er würde auch nicht die realen Prozesse in den Praxen abbilden.

Starke methodische Mängel der AOK-Berichterstattung und der Kommissionsanalyse

Die Blankoverordnung in der Physiotherapie ist seit dem **1. November 2024** wirksam. Zum Zeitpunkt der Berichtslegung der FinanzKommission Gesundheit am 30. März 2026 lagen damit wenige Abrechnungsdaten vor – aus einer Hochlaufphase, in der sich Ärzt*innen wie auch Therapeut*innen zunächst mit der neuen Versorgungsform auseinandersetzen mussten. Für belastbare Aussagen über Effizienz, Kosten und Qualität eines neuen Versorgungsmodells sind nach anerkannten Standards der Versorgungsforschung mindestens zwei vollständige Vertragsjahre mit repräsentativen, bundesweit abgerechneten und geprüften Daten erforderlich.

Der Gesetzgeber hat diesen Grundsatz selbst verankert: § 125a SGB V schreibt vor, dass dem Bundesgesundheitsministerium vier Jahre nach Abschluss der Verträge – also erst im Jahr 2028 – ein Evaluationsbericht vorzulegen ist, der ausdrücklich auch die Auswirkungen auf Behandlungs- und Ergebnisqualität umfasst. Eine einseitige Zwischenbilanz auf Basis einer Einzelkassen-Stichprobe kommt nicht nur zu früh – sie unterläuft aktiv einen politisch gewünschten, geordneten Evaluationsprozess.

Mengenbewertung ohne Aussagekraft über Prozesse und Nutzen

Die herangezogene AOK-Analyse vergleicht ausschließlich Abrechnungsmengen zwischen Blanko- und Regelversorgungsverordnungen. Aus gleichen Behandlungszahlen leitet die Kommission ab, es gebe „keine substanziellen Unterschiede im Therapieaufbau“. Diese Schlussfolgerung ist methodisch nicht tragfähig:

- Gleiche Behandlungszahlen schließen unterschiedliche Planung, Dokumentation und Verantwortungstiefe nicht aus. Die Blankoverordnung soll gerade individuellere, bedarfsgerechtere Entscheidungen ermöglichen.

- Diagnostische Bewertungsaufwand, Verlaufsdokumentation und der reduzierte Arzt-Therapeut-Abstimmungsaufwand sind aus Abrechnungsdaten nicht ablesbar, folglich gab es keine Analyse der Praxisprozesse.

- Nicht repräsentative Stichprobe: Die AOK versichert rund 26 Prozent der GKV-Versicherten; eine Einzelkassen-Analyse in einer Hochlaufphase mit unvollständiger Datenlage ist nicht bundesweit übertragbar.

- Fehlende Langzeitperspektive: Der wirtschaftliche Nutzen präziser Eingangsdiagnostik – Vermeidung von Über- und Unterversorgung, Reduktion von Rückfragen an Verordner – entfaltet sich über den gesamten Behandlungszyklus. Er ist in einer Kurzauswertung systematisch nicht erfassbar.

Qualität wurde nicht gemessen – Behauptung des fehlenden Qualitätsgewinns ist unbelegte These

Besonders schwer wiegt der in der AOK-Analyse enthaltene Befund, die Blankoverordnung bringe keinen erkennbaren Qualitätsgewinn. Diese Feststellung ist ohne jede Evidenz: Therapieergebnisse, Patientenzufriedenheit, Funktionsverbesserungen, Vermeidung von Chronifizierungen – nichts davon wurde in der Analyse systematisch erhoben oder ausgewertet. Das Gesetz sieht ausdrücklich vor, dass die Evaluation durch einen gemeinsam beauftragten unabhängigen Dritten zu erfolgen hat und Ergebnisqualität umfasst. Qualität lässt sich nicht messen, wenn die Messung unterbleibt. Aus dem Fehlen einer Qualitätserhebung auf das Fehlen von Qualitätsgewinnen zu schließen, ist keine evidenzbasierte Schlussfolgerung. Es ist eine nicht belegte Behauptung.

Leitliniengerechte Verschiebung der beobachteten Heilmittel wird nicht berücksichtigt

Die AOK-Analyse kritisiert eine Verschiebung der verordneten Heilmittel – weg von der Krankengymnastik, hin zur Manuellen Therapie – ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der damit einhergehenden höheren Vergütung. Diese einseitige Bewertung blendet einen zentralen medizinischen Kontext aus: Die Manuelle Therapie wird bei Schulterdiagnosen durch mehrere Leitlinien ausdrücklich empfohlen. Eine Verschiebung in diese Therapierichtung ist damit kein Indiz für Fehlanreize – sie ist Ausdruck einer leitliniengerechten, evidenzbasierten Therapieentscheidung, die gerade durch die erweiterte therapeutische Eigenverantwortung der Blankoverordnung ermöglicht wird.

Die AOK-Analyse gibt über das exakte Ausmaß dieser Verschiebung keine belastbaren Zahlen an. Auf unquantifizierter Grundlage eine negative Bewertung vorzunehmen und einen pauschalen Vorwurf der Einnahmeoptimierung gegen einen gesamten Berufsstand zu richten, ist weder sachlich noch methodisch gerechtfertigt. Zumal die Blankoverordnung aus genau diesen Gründen eingeführt wurde – die versorgungsform leistet folglich das, was sie leisten soll.

Fehlende Gesamtbetrachtung der Systemwirkungen

Die Analyse bewertet die Blankoverordnung ausschließlich als Budgetposten im Heilmittelbereich. Die Einsparungen, die das Modell an anderer Stelle im System generiert, werden systematisch ausgeblendet: Eine bedarfsgerechtere Therapiesteuerung, die Chronifizierungen verhindert, reduziert Folgebehandlungen, Facharztbesuche, Krankenhaus-aufenthalte und Arbeitsunfähigkeitszeiten. Eine derartige Gesamtbetrachtung des Versorgungsgeschehens fehlt vollständig. Hinzu kommt die Entlastungswirkung für die Vertragsärzteschaft: Die Blankoverordnung überträgt Verordnungsverantwortung an die für die Therapie qualifizierten Fachkräfte und reduziert damit ärztliche Bürokratie. Dieser Strukturgewinn wird in keiner Finanzwirkungsrechnung der Analyse erfasst. Die FinanzKommission Gesundheit klassifiziert Empfehlung Nr. 25 als Kategorie A – „ohne erwartbare negative Auswirkungen auf die Versorgung“. Angesichts der dargestellten Datenlage wäre eine Einordnung in Kategorie B – „mit unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen“ (FKG Erster Bericht, S. 3–4) – methodisch zutreffender.

Systemwiderspruch und Innovationshemmung

Die Blankoverordnung ist eines der weitreichendsten Reformprojekte zur Erweiterung therapeutischer Eigenverantwortung. Eine Streichung der Pauschalen würde das gerade gestartete Reformmodell faktisch entwerten. Das politische Signal wäre eindeutig: mehr Eigenverantwortung, mehr Dokumentationsaufwand, höheres Haftungsrisiko – ohne angemessene Kompensation. Das unterhöhlt das Vertrauen in die Verlässlichkeit politischer Rahmensetzungen und macht geplante Indikationserweiterungen der Blankoverordnung politisch unglaubwürdig.

Hinzu kommt ein innerer Widerspruch des Reformpakets selbst: Während das Zweitmeinungsverfahren gezielt Mengensteuerung über ärztliche Überversorgung adressiert, würde die Streichung der Blankoverordnungspauschale genau das Instrument schwächen, das Therapeuten zur qualitätsgesicherten Alternativversorgung befähigt – also das Instrument, das Operationen und stationäre Aufenthalte vermeiden hilft. Wer die Mengensteuerung in einem Bereich stärkt und die qualitätsbasierte Eigenverantwortung im anderen beschneidet, setzt keine konsistente Steuerungslogik um.

Schlussfolgerung: Die versorgungsbezogene Pauschale vergütet einen nachweisbaren, vertraglich definierten Mehraufwand, der in der Regelversorgung nach § 125 SGB V nicht anfällt. Ihre Streichung entwertet die erweiterte Versorgungsverantwortung der Therapeut*innen, unterhöhlt das Reformmodell Blankoverordnung und erzielt dabei einen fiskalischen Effekt, der gemessen an den Systemrisiken und den ausgeblendeten positiven Kosteneffekten im GKV-System in keinem Verhältnis steht. Zur Bewertung ist der gesetzliche Evaluationszeitraum einzuhalten. Gemäß § 125a SGB V ist eine Evaluation der Blankoverordnung für 2028 vorgesehen, die ausdrücklich Ergebnisqualität umfasst

Änderungsbedarf: Streichung folgender Regelungen des Kabinettsentwurfs Zu Artikel 1 Nr. 45:
Nach § 125a Absatz 2 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt: „Eine Pauschale, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung, die über die Analyse des therapeutischen Bedarfs oder die therapeutische Diagnostik hinausgeht, begründet wird, kann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart werden. Sofern Verträge nach Absatz 1 eine Pauschale im Sinne des Satzes 3 enthalten und eine Heilmittelversorgung, auf die sich die Pauschale bezieht, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits begonnen hat, wird die Vergütung der Pauschale durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen.“

Alternative: keine

2.3 Zuzahlung einheitlich und als Pauschale umsetzen

Der Kabinettsentwurf sieht vor, die Zuzahlung für Heilmittel, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege neu zu fassen: „Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung.“ Gegenüber der bisherigen Regelung (10 Euro je Verordnung) entspricht dies einer Erhöhung der Verordnungsgebühr um 50 Prozent. Dies ist die erste Anpassung seit 2004 und folgt der Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit, Zuzahlungsregelungen inflationsbereinigt anzuheben (FKG Erster Bericht, S. 3, Pkt. 13).

Der VPT widerspricht nicht dem Grundsatz der Eigenverantwortung. Die vorgesehene Regelung ist jedoch aus drei Gründen abzulehnen: Sie erhält eine strukturelle Ungleichbehandlung gegenüber anderen Leistungsbereichen und gefährdet die Versorgungskontinuität bei chronisch Kranken und sozial schwächeren Versicherten.

Strukturelle Ungleichbehandlung gegenüber anderen Leistungsbereichen

Das SGB V kennt für verschiedene Leistungsbereiche grundlegend unterschiedliche Zuzahlungslogiken. Ein Systemvergleich zeigt, dass der Heilmittelbereich bereits heute die ungünstigste Zuzahlungsstruktur aller Leistungsbereiche aufweist. Der entscheidende Unterschied: Im Arzneimittelbereich ist die Zuzahlung pro Packung auf maximal 10 Euro

gedeckelt – unabhängig vom Arzneimittelpreis. Bei einem Präparat von 200 Euro zahlt ein Patient maximal 10 Euro (5 %). Bei einem Präparat von 30 Euro zahlt er ebenfalls maximal 10 Euro (33 %). Im Heilmittelbereich hingegen ist die Zuzahlung nicht gedeckelt: Sie steigt linear mit jedem Behandlungstag und mit jeder Vergütungserhöhung.

Je mehr und je besser der Patient behandelt wird, desto mehr zahlt er. Diese Mechanik ist systemisch die härteste Zuzahlungsstruktur im gesamten GKV-Leistungskatalog.

Versorgungsfolgen und gesundheitspolitischer Widerspruch

Aus Versorgungsperspektive besteht die konkrete Gefahr, dass steigende Zuzahlungen zu einer verminderten Inanspruchnahme notwendiger Heilmittelleistungen führen. Für die Heilmittelerbringer bedeutet dies ein erhöhtes Risiko von Therapieabbrüchen, unregelmäßiger Teilnahme und insgesamt instabileren Behandlungsverläufen. Dies erschwert eine leitliniengerechte und nachhaltige Versorgung und steht im Widerspruch zu den gesundheitspolitischen Zielen einer stärkeren Prävention, frühzeitiger Intervention und Vermeidung kostenintensiver Folgebehandlungen.

Besonders betroffen sind ältere Patientinnen und Patienten sowie chronisch Kranke – also diejenigen, die Physiotherapie am häufigsten und am dringendsten benötigen. Bei chronischer muskuloskelettaler oder neurologischer Erkrankung mit mehreren Verordnungen pro Jahr nähert sich die Zuzahlung schnell der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V. Ein vorzeitiges Erreichen dieser Grenze durch verhältnismäßig hohe Heilmittelzuzahlungen verschlechtert zusätzlich die Planbarkeit des Behandlungsverlaufs für Praxen.

Schlussfolgerung: Die Erhöhung der Verordnungsgebühr von 10 auf 15 Euro ist zu streichen. Sollte eine Anpassung der Zuzahlungsregelungen im Heilmittelbereich politisch gewollt sein, ist eine systemische Gleichstellung mit anderen Bereichen die Bedingung einer gerechten Reform: Einführung einer absoluten Deckelung der Heilmittelzuzahlung je Verordnung analog zu § 61 Satz 1 SGB V auf maximal 15 Euro – und damit Abkehr von einer unbegrenzten prozentualen Beteiligung. Wer Ausgewogenheit formuliert, muss das Zuzahlungsrecht übergreifend angleichen und auch in der Physiotherapie pauschalisieren.

Änderungsbedarf: Die Änderung des Satzes 3 „Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung.“ ist zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 23: § 61 wird durch den folgenden § 61 ersetzt:

„§ 61 Zuzahlungen
Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 7,50 Euro und höchstens 15 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels; im Fall einer Bestimmung nach § 130b Absatz 1c entspricht die Höhe der Zuzahlung dem nach § 131 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2a übermittelten Betrag. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches sowie in Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 werden je Kalendertag 15 Euro erhoben. Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung.”

Alternative: Abkehr von der 10%-Beteiligung an den Kosten der jeweilig erbrachten Heilmittel und Festlegung einer ausschließlichen Pauschale äquivalent zu den anderen Bereichen der GKV.

VERBANDFÜR PHYSIOTHERAPIE -
VEREINIGUNG FÜR DIE PHYSIOTHERAPEUTISCHEN
BERUFE (VPT) E. V.
Bundesgeschäftsstelle
Hofweg 15
22085 Hamburg

Haus der Physiotherapie
Lydia-Rabinowitsch-Straße 16
10557 Berlin

Kontakt:
Telefon: +49 (0) 40 22723222
Telefax: +49 (0) 40 22723229
E-Mail: info@vpt.de

www.vpt.de