

Bundesministerium für Gesundheit

Bochum, 17.04.2026

Referat 227

Mitgliedschafts- und Beitragsrecht der GKV,

Steuerrecht und private Krankenversicherung

Mauerstraße 29

10117 Berlin

Nur per E-Mail: BStabG@bmg.bund.de

Stellungnahme des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände e.V. (SHV) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Geschäftszeichen: 60001#0003 – GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz

Der Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV) vertritt als maßgebliche Spitzenorganisation nach § 125 SGB V die berufspolitischen Interessen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene und ist für die Belange der Heilmittelversorgung Ansprechpartner der Politik, der Ministerien, der Selbstverwaltungsorgane, der Gesundheitsorganisationen im Gesundheitswesen sowie der Medien. Insgesamt steht der SHV für rund 90 Prozent des Gesamtumsatzes im Heilmittelbereich und vertritt mehr als 75.000 Mitglieder.

Der SHV erkennt den Handlungsbedarf an, den die prognostizierte Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung mit sich bringt. Einige der im Referentenentwurf enthaltenen Regelungen könnten auch aus Sicht des SHV ein wertvoller Schritt hin zu einer Stabilisierung der Finanzlage sein. Wir würden es begrüßen, wenn die zuständigen Ressorts den gelungenen Vorschlag aufgreifen, versicherungsfremde Leistungen zukünftig durch den Bund finanzieren zu lassen.

Nach einer langjährigen Unterfinanzierung bergen die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen im Heilmittelbereich allerdings die Gefahr, die positive und politisch gewünschte Entwicklung der letzten Jahre auszuhebeln – und stattdessen für geringe Einspareffekte die bereits heute eingeschränkte Patientenversorgung mit Heilmitteln zu gefährden sowie den eklatanten Fachkräftemangel weiter zu verstärken.

Für den Heilmittelbereich werden insbesondere die Rückkehr zur Grundlohnsummenbindung zusätzlich zu einem Abschlag von 1 % für die Jahre 2027 bis 2029 sowie die Abschaffung der versorgungsbezogenen Pauschale im Rahmen der Blankoverordnung durch den SHV kritisch bewertet. Die Analyse des dem Referentenentwurf zugrundeliegenden Berichts der FinanzKommission Gesundheit 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 würden. Die Politik sollte bei der Bewertung der Maßnahmen deshalb die Versorgungsrealität im Blick behalten und heute schon bestehende Ungleichgewichte nicht zusätzlich verstärken.

Zu den beabsichtigten Regelungen im Einzelnen:

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.“

Forderung SHV:

Die beabsichtigte 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.

Begründung:

Die vorgesehene Neuregelung der Zuzahlungen stellt aus Sicht des SHV eine kritische Weichenstellung mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Patientenversorgung im Heilmittelbereich dar. Die Erhöhung der Zuzahlung je Verordnung von bislang 10 Euro auf künftig 15 Euro bedeutet eine spürbare Mehrbelastung für Versicherte. In Kombination mit dem unveränderten Eigenanteil von 10 Prozent der Behandlungskosten führt dies insbesondere bei längerfristigen oder wiederkehrenden Heilmittelverordnungen zu einer deutlichen finanziellen Zusatzbelastung. Gerade Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen oder komplexem Therapiebedarf sind hiervon überproportional betroffen.

Besonders kritisch ist die vorgesehene Dynamisierung der Zuzahlungen anhand der Grundlohnrate zu bewerten. Diese führt zu einer automatischen, jährlich steigenden Eigenbeteiligung der Versicherten, ohne dass eine erneute politische Abwägung oder parlamentarische Kontrolle erfolgt. Damit wird die Belastung der Patientinnen und Patienten strukturell verstetigt und perspektivisch weiter erhöht.

Aus Versorgungssicht 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.

Zwar verweist der Gesetzgeber zutreffend auf bestehende Belastungsgrenzen, diese greifen jedoch erst zeitverzögert und setzen voraus, dass Versicherte die entsprechenden Anträge stellen. In der Versorgungspraxis ist bekannt, dass gerade vulnerable Gruppen diese Möglichkeiten nicht immer vollständig ausschöpfen.

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.“

Forderung SHV:
Die beabsichtigten Änderungen sind zu streichen.

Begründung:

Nach jahrelanger Unterfinanzierung des Heilmittelbereichs konnten durch die politische Unterstützung erst ab 2017 wichtige Weichen für die Berufe im Heilmittelbereich gestellt werden. Aufgrund der Anhebung der Vergütung und mehr Therapieautonomie wurden durch den Gesetzgeber erste wichtige Schritte zur Attraktivitätssteigerung der Heilmittelberufe unternommen. Schritte, die notwendig waren, um langjährige Unterfinanzierungen auszugleichen und sich einer wirtschaftlichen Praxisführung anzunähern. Das Ausgangsniveau war so niedrig, dass beispielsweise in der Physiotherapie 2013 nur Bruttogehälter in Höhe von 2.054 € im Monat für eine Vollzeitstelle gezahlt werden konnten (Median). Ähnlich geringe Vergütungsniveaus waren auch in den Bereichen Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Podologie zu verzeichnen. Seit 2020 hat sich zudem ein praktisches Verfahren zum Ausgleich der Kostenentwicklung in den Heilmittelpraxen etabliert, das bereits eine wirksame Beschränkung der Ausgabensteigerungen in der GKV vorsieht, indem die Preisanpassungen an die Entwicklung der Personal-, Raum- und Sachkosten gekoppelt wird. Obwohl wesentliche Faktoren bei der Vergütung weiter unberücksichtigt bleiben, ist das Verfahren insgesamt geeignet, um die realen Kostensteigerungen in den Heilmittelpraxen abzubilden. Gerade die Grundlohnsummenbindung verhinderte jahrzehntelang effektiv eine Niveauanhebung im Heilmittelbereich – ein Zustand, der vor dem Hintergrund des weiterhin hohen Fachkräftemangels bei demografisch bedingten steigenden Bedarfen nicht wiedereingeführt werden darf. Die Regelung, zukünftig den jeweils niedrigsten Wert aus Grundlohnsumme oder realer Kostenentwicklung anzusetzen, konterkariert zudem die

Bemühungen der Politik, mit verschiedenen Gesetzen (TSVG und HHVG) die reale Kostenentwicklung in den Heilmittelpraxen auszugleichen.

Die Angleichung der Vergütung auf ein angemessenes Niveau ist angesichts zunehmend stark steigender Energiekosten und damit auch der Inflation wichtiger denn je für die Heilmittelbringer. Denn noch immer sind die Heilmittelpraxen nicht in der Lage, Gehälter wie im öffentlichen Dienst zu zahlen. Trotz erheblicher Gehaltssteigerungen in den vergangenen Jahren um rund 72,4 % von 2017 bis 2024 liegen die Tarife für Therapeuten in Krankenhäusern gemäß TVöD im Durchschnitt noch immer um rund 30 % über den Gehältern in ambulanten Praxen. Insbesondere würden die geplanten Maßnahmen den Unterschied in der Vergütung zwischen Angestellten in ambulanten Praxen und denen im öffentlichen Dienst vergrößern. Dadurch ist zu erwarten, dass Fachkräfte eher in Einrichtungen wechseln, die nach dem TVöD bezahlen. Dies würde den bereits bestehenden Fachkräftemangel im ambulanten Bereich noch weiter verstärken. Eine ähnliche Situation gab es bereits vor Einführung des TSVG, wobei diese noch weniger restriktiv war, weil damals ausschließlich die Begrenzung gemäß § 71 SGB V galt. Die beabsichtigte doppelte Begrenzung auf den niedrigeren Wert von Grundlohnsumme und Kostenentwicklung wird einen negativen Effekt auf die Vergütungsentwicklung entfalten.

Ergänzende Bewertung und Einordnung zur Grundlohnsummenbindung (§ 71 SGB V) im Kontext neuer Steuerungsinstrumente (Zweitmeinungsverfahren), vgl. Artikel 1 Nr. 8:

Die vorgesehene verpflichtende Ausweitung des Zweitmeinungsverfahrens mit Abrechnungsverbot bei bestimmten mengenanfälligen Eingriffen unterstreicht einen zentralen Widerspruch in der aktuellen Gesetzgebungssystematik. Mit der Einführung eines Abrechnungsverbots ohne Zweitmeinung setzt der Gesetzgeber ausdrücklich an der Mengensteuerung und Versorgungsqualität an. Ziel ist es, medizinisch nicht notwendige Eingriffe zu vermeiden und die Versorgung stärker am tatsächlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten. Dieses Instrument adressiert damit unmittelbar eine der wesentlichen Ursachen von Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen: Fehlanreize auf der Leistungs- und Mengenseite.

Demgegenüber setzt die Grundlohnsummenbindung ausschließlich an der Preisseite an – und zwar pauschal, unabhängig von Versorgungsqualität, Bedarf oder strukturellen Besonderheiten einzelner Leistungsbereiche. Aus Sicht des SHV ist dies nicht konsistent.

Heilmittelleistungen wirken in vielen Fällen substituierend und präventiv: Sie können Operationen vermeiden, Krankenhausaufenthalte reduzieren und Chronifizierungen verhindern. Gerade an dem Beispiel der neuen Zweitmeinungsregelung wird deutlich, dass eine effiziente Steuerung des Systems nicht über pauschale Preisdeckel, sondern über bedarfsgerechte Versorgung und kluge Anreizstrukturen erfolgen sollte.

Eine starre Grundlohnsummenbindung verkennt diesen Zusammenhang. Sie setzt nicht an den tatsächlichen Kostentreibern an, sondern begrenzt ausgerechnet jene Leistungsbereiche, die zur Stabilisierung des Systems beitragen können.

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.“

Forderung SHV:

Diese beabsichtigte Änderung ist zu streichen.

Begründung:

Die geplante Abschaffung der versorgungsbezogenen Pauschale im Rahmen der Blankoverordnung basiert auf der nicht zutreffenden Annahme, dass keine Unterschiede zwischen der Versorgung nach § 125 SGB V und der Blankoverordnung gemäß § 125a SGB V bestehen. Der zugrundeliegende Bericht der FinanzKommission Gesundheit selbst nennt den erhöhten Aufwand in Diagnostik, Behandlungskoordination und Dokumentation. Allerdings erkennt er diesen lediglich unter Verweis auf eine Stichprobe vollständig ab, dabei sind gleich mehrere Annahmen der FinanzKommission Gesundheit als nicht sachgerecht zurückzuweisen.

Die mit der erweiterten Versorgungsverantwortung einhergehenden zusätzlichen diagnostischen und steuernden Aufgaben sind keinesfalls durch die in der Regelversorgung vereinbarten Leistungen gedeckt. Die versorgungsbezogene Pauschale wurde durch die Vertragspartner vereinbart, um den erhöhten Aufwand zur Steuerung des Ablaufs und der Versorgung sowie die Sicherung der Versorgungsqualität, den erhöhten Aufwand für die Dokumentation des Versorgungsablaufs und den erhöhten Aufwand für intra- und interprofessionelle Beratungen abzubilden. Dies wurde durch die Schiedsstelle Ergotherapie ebenfalls anerkannt.

Die seitens der FinanzKommission Gesundheit postulierte Doppelvergütung entbehrt jeder sachlichen Grundlage. Die versorgungsbezogene Pauschale deckt den erhöhten Aufwand gegenüber der Versorgung nach § 125 SGB V ab. Die Streichung dieser Vergütungskomponente entwertet die erweiterte Versorgungsverantwortung im Rahmen der Blankoverordnung, ignoriert die Effizienzgewinne durch flexiblere Therapiegestaltung und erzielt zudem lediglich einen geringen fiskalischen Effekt.

Notwendigkeit der versorgungsbezogenen Pauschale in der Blankoverordnung:

Grundsätzlich besteht durch das TSVG gemäß § 125 SGB V der gesetzliche Auftrag, verwaltungsbezogene Ausgaben einzeln auszuweisen und zu vergüten. Zudem grenzen sich die Anforderungen an den Therapeuten bei der Blankoverordnung in erheblicher Weise von denen ab, die er bei der konventionellen Versorgung nach § 125 SGB V zu erfüllen hat. Folgende Punkte fallen vielmehr zusätzlich bzw. in weit stärkerem Maße an und

rechtfertigen somit eine separate Vergütung in Form einer versorgungsbezogenen Pauschale:

Verordnungsbezogener Verwaltungsaufwand:

- Aufklärung des Patienten über Inhalt und Ablauf Blankoverordnung
- Aufklärung über die prospektive und sich jeweils im Therapieverlauf verändernde Zuzahlung
- Häufige Änderungen der Terminierung (Frequenz)
- Vorhaltung für flexible Terminierung
- Terminierung von Diagnostik und Bedarfsdiagnostik (Vorhaltung Zeitslots)
- Erhöhter Abrechnungsaufwand für Vergütung und Zuzahlung, Quittungserstellung und -änderung

Versorgungsbezogene Verantwortung:

- Therapieentscheidungen, die unter ständiger Abwägung medizinischer und wirtschaftlicher Gesichtspunkte getroffen werden
- Notwendigkeit der Reflexion nach jeder Therapie: erweiterte versorgungsbezogene Verantwortung
- Ständige Anpassung der Therapie: Heilmittelart (vorrangiges und/oder ergänzendes Heilmittel), Bedarfsdiagnostik, Setting Einzel/Gruppe, Frequenz, Dauer etc.
- Ggf. Therapeutenkoordination
- Durch die selbstständige Auswahl des geeigneten Heilmittels steigt das Haftungsrisiko für die Praxis nach §§ 630 ff. BGB, wenn auch nur im überschaubaren Bereich (evtl. erhöhter Beitrag Berufshaftpflichtversicherung, erwartbar erhöhte Rechtskosten etc.)
- Fortlaufender inter- und intradisziplinärer Fachaustausch (dient dem Leistungserbringenden zur Überprüfung seiner Zielsetzung, Therapieplanung und Maßnahmenwahl sowie Abstimmung mit anderen Disziplinen zur Erreichung eines optimierten Ergebnisses)

Erhöhter Dokumentationsaufwand bei der Versorgung:

Ergänzend zu § 14 des Vertrags nach § 125 Absatz 1 SGB V hat die oder der zugelassene Leistungserbringende zur Sicherung der Qualität folgende Entscheidungen auf Grundlage ihrer medizinisch-therapeutischen Notwendigkeit zu dokumentieren:

- Therapieplan,
- Auswahl der vorrangigen und ggf. ergänzenden Heilmittel,
- Frequenz,
- Dauer,
- Anzahl der Behandlungseinheiten.

Erhöhte Anforderungen an die Qualitätssicherung in der Blankoverordnung

Um den Unterschied zwischen den beiden Versorgungsbereichen und damit den vorhandenen Mehrbedarf zu unterstreichen, seien im Folgenden die vertraglich vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den Verträgen nach § 125 und § 125a

SGB V gegenübergestellt. Ein möglicher fachlicher sowie organisatorischer Mehraufwand ist dort vertraglich geregelt. Es zeigt sich, dass die Versorgung nach § 125a SGB V deutlich höheren Qualitätsanforderungen entspricht. Vor diesem Hintergrund ist die Abrechnung der Mehraufwandspauschale ausdrücklich gerechtfertigt.

- Zur Sicherung der Qualität hat der zugelassene Leistungserbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
- Bemühung um Kooperation und enge fachliche Zusammenarbeit zwischen dem zugelassenen Leistungserbringer und der Ärztin oder dem Arzt nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinien,
- Dokumentation der therapeutischen Diagnostik bzw. der Bedarfsdiagnostik und der Therapieplanung,
- Dokumentation der Auswahl des Heilmittels sowie der Anzahl der Behandlungseinheiten auf Grundlage ihrer medizinisch-therapeutischen Notwendigkeit und hinsichtlich der Änderung der Therapieplanung hinsichtlich Dauer und Frequenz,
- Orientierung der Therapie an der Indikation (bestehend aus Diagnose und funktioneller/struktureller Schädigung), dem vom Leistungserbringer angestrebten Therapieziel und der Belastbarkeit der oder des Versicherten,
- Durchführung der Therapie gemäß der jeweiligen indikationsspezifischen Leistungsbeschreibung,
- kontinuierliche Bewertung und Anpassung des Therapieverlaufs,
- Führen einer Verlaufsdokumentation gemäß § 3 Absatz 13 des Vertrags nach § 125 Absatz 1 SGB V,
- Dokumentationen, die sich aus § 5 des Vertrags nach § 125 Absatz 1 SGB V ergeben.

Der Evaluation der Blankoverordnung nicht vorweggreifen

Zudem wurde die Blankoverordnung als weitere Versorgungsform etabliert, eine Bewertung ohne umfängliche Evaluation aufgrund einer Stichprobe verbietet sich aufgrund der Komplexität der Wirkung der Blankoverordnung. Die Auswirkungen der Einführung dieser neuen Versorgungsform – sowohl auf die Versorgungsqualität als auch auf die entstehenden Kosten – sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht seriös abschätzbar. Laut gesetzlicher Vorgabe ist dem Bundesgesundheitsministerium vier Jahre nach Abschluss der Verträge – und somit erst im Jahr 2028 – ein Bericht zu den Auswirkungen vorzulegen. Dieser mit Bedacht gewählte Zeitplan zur Evaluierung der neuen Versorgungsform sollte eingehalten werden. Zu diesem Zeitpunkt die in der Selbstverwaltung vereinbarten Regelungen seitens der Gesetzgebung zu revidieren, ist nicht gerechtfertigt.

Fazit:

Restriktive Instrumente wie Vergütungsbeschränkungen und Streichung von Pauschalen korrigieren keine unnötigen, sondern verhindern dringend notwendige Vergütungssteigerungen. Wer in einem immer noch unterfinanzierten Heilmittelbereich spart, riskiert steigende Versorgungseinbrüche – und produziert Mehrkosten an anderer Stelle, die in keiner Finanzwirkungsrechnung der Kommission auftauchen: in der stationären Notaufnahme, in der Facharztpraxis, in der Frühberentung und in der Pflege. Die geplanten gesetzlichen Regelungen ignorieren die Wirkungskette von Vergütungsstagnation

über einen weiter verschärften Fachkräftemangel zu reduzierten Behandlungskapazitäten und der eingeschränkten Versorgung mit Heilmitteln.

Kontakt:

SHV - Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.

Gesundheitscampus-Süd 33

44801 Bochum

Tel.: 0234 - 9774568

E-Mail: info@shv-heilmittelverbaende.de

www.shv-heilmittelverbaende.de