Stellungnahme

des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB), Stand: 30. Oktober 2026

16. November 2026

Vorbemerkung

Der Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) dankt für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Seitenangaben beziehen sich auf die übersandte Fassung des Referentenentwurfs (Bearbeitungsstand: 30.10.2026). Paragrafen ohne Gesetzesangabe sind solche des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Gesamtbewertung

Der SHV begrüßt den vorliegenden Referentenentwurf und die für den Heilmittelbereich festgestellten Regelungsbedarfe. Der Entwurf greift wichtige Themen auf, die für die Sicherstellung der künftigen Versorgung mit Heilmitteln und für den Abbau von Bürokratie in den Praxen von großer Bedeutung sind.

Der SHV begrüßt den Versuch zur Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Versorgung im Direktzugang in der Physiotherapie im SGB V sowie die Absicht, Retaxationen bei Formfehlern zu reduzieren. In zwei zentralen Punkten bleibt der Entwurf jedoch hinter seinem eigenen Anspruch zurück, Bürokratie abzubauen und die Versorgung zu stärken.

Die Modellvorhaben zum Direktzugang sind als freiwillige Option der Krankenkassen und zudem unspezifisch ausgestaltet, im Regelfall auf längstens drei Jahre befristet und an kumulative Zugangshürden geknüpft: fünf Jahre Berufserfahrung und eine neue hochschulische Zusatzausbildung von mindestens 900 Stunden mit staatlicher Prüfung, für die es bislang weder Studienangebote noch Prüfungsregeln gibt. Unter diesen Bedingungen ist fraglich, ob Modellvorhaben in nennenswertem Umfang zustande kommen und innerhalb der Laufzeit belastbare Evidenz erzeugen. Der SHV hält daran fest, dass der Direktzugang in der Regelversorgung zu verankern ist.

Bei der Vermeidung von Retaxationen setzt der Entwurf allein auf einen Verhandlungsauftrag. Nach der Begründung sollten bereits die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführten Vorgaben Nullretaxationen aufgrund rein formaler Fehler vermeiden (S. 186). Dass der Entwurf eine Neuregelung für erforderlich hält, zeigt, dass dieses Ziel über den reinen Vertragsweg nicht

erreicht wurde. Der SHV schlägt deshalb vor, den Verhandlungsauftrag um einen gesetzlichen Mindestkatalog von Formfehlern zu ergänzen, die nicht zu einer Retaxation führen dürfen, wie ihn der Gesetzgeber für die Apotheken in § 129 Absatz 4d bereits geschaffen hat.

Kernforderungen des SHV

1. Verankerung des Direktzugangs in der Regelversorgung und Schaffung einer unabhängigen Möglichkeit für die Vertragspartner nach § 125 Absatz 1 SGB V, die wesentlichen Inhalte zum Direktzugang zu verhandeln mit entsprechender Schiedsregelung anstelle von Modellvorhaben (II.1),

2. Einführung eines gesetzlichen Mindestkatalogs von Formfehlern, bei denen eine Retaxation ausgeschlossen ist, auch gegenüber Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie (II.2),

3. Gesetzliche Regelung einer Ausweitung der eigenständigen Korrekturmöglichkeiten für Leistungserbringer (II.2),

4. Schaffung eines rechtssicheren Ausgleichs der Vergütungsausfälle ab dem Ablauf der Vertragslaufzeit durch Zahlbeträge der Schiedsstelle, unabhängig vom Zeitpunkt der Anrufung und der Entscheidung (§ 125 Absatz 5), Regelung des Verfahrensbeginns und eines Fristmechanismus in § 71d, Erhalt der bisherigen Beschlussregeln der Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 und Übergangsregelung für bestehende Schiedsstellen (II.3),

5. Sicherstellung einer gleichberechtigten Teilnahme aller Mitglieder und Präsenzverhandlung auf Verlangen bei digitalen und hybriden Sitzungen der Schiedsstellen (II.4),

6. Klarstellung, dass für Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 bei der Blankoverordnung dieselben Rechte und Pflichten gelten wie für zugelassene Leistungserbringer (II.5).

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

1.Direktzugang in der Physiotherapie

Präambel

Der Spitzenverband der Heilmittelverbände vertritt die berufspolitischen Interessen der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie. Diese Stellungnahme bezieht sich im Wesentlichen auf den im aktuellen Referentenentwurf HiB beschriebenen Weg zum Direktzugang für die Physiotherapie. Es wird aber ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es zwischen den Berufsbildern im Heilmittelbereich zwar zahlreiche Parallelen, aber eben auch signifikante Unterschiede gibt.

Dies macht es unausweichlich, die Regeln für den Direktzugang (wie auch die neuen Berufsgesetze) für jeden Heilmittelbereich unter Berücksichtigung der jeweiligen fachspezifischen Besonderheiten unabhängig voneinander zu erarbeiten. Eine undifferenzierte Übertragung wird den Besonderheiten der einzelnen Therapieberufe nicht gerecht. Zum Ende dieses Kapitels werden die Rahmenbedingungen dargestellt, die von den Berufsverbänden des SHV für einen zukünftigen Direktzugang in den Bereichen der Ergotherapie sowie Logopädie/Sprachtherapie als sinnvoll angesehen werden.

a) Regelung im Entwurf

Nach § 64f Absatz 1 Satz 1 (Artikel 1 Nummer 29, S. 18) „können“ die Krankenkassen und ihre Verbände „Vereinbarungen nach § 64 Absatz 1 über Leistungen der Physiotherapie schließen, bei denen es sich um die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde im Bereich der Physiotherapie handelt“. Teilnahmeberechtigt sind nach Satz 2 nur Personen, die kumulativ eine Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 oder § 16 Absatz 1 Satz 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (MPhG) besitzen, nach § 124 Absatz 1 zugelassen oder bei einem zugelassenen Leistungserbringer tätig sind, „über eine entsprechende Berufserfahrung von fünf Jahren verfügen“ und „eine Ausbildung nach § 9a des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes erfolgreich absolviert haben“ (S. 18). Folgerichtig wird der Arztvorbehalt in § 15 Absatz 1 Satz 1 für diese Modellvorhaben geöffnet (Artikel 1 Nummer 4, S. 11).

Die Leistungen „können ohne vorherige ärztlich oder zahnärztlich festgestellte Diagnose erbracht werden“. Die teilnehmenden Leistungserbringer führen eigenverantwortlich die Patientenanamnese und die physiotherapeutische Diagnostik durch. Werden absolute oder relative Kontraindikationen festgestellt, „muss die versicherte Person zur differentialdiagnostischen Abklärung“ an eine Ärztin oder einen Arzt verwiesen werden. Die Physiotherapeuten entscheiden

eigenverantwortlich über die Behandlungsbedürftigkeit sowie „über die Art, die Dauer und die Frequenz der physiotherapeutischen Behandlung“. Von der Heilmittel-Richtlinie kann abgewichen werden (§ 64f Absatz 2, S. 18).

In der Vereinbarung sind nach Absatz 3 insbesondere „Vorgaben zur Sicherung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit, insbesondere die Anzahl der Behandlungseinheiten, nach denen eine zwingende Vorstellung der Patientin oder des Patienten bei einer Ärztin oder einem Arzt oder bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt zu erfolgen hat“ (Nummer 1), „Maßnahmen zur Abrechnung, Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit sowie Übertragung wirtschaftlicher Verantwortung“ (Nummer 2), die interprofessionelle Zusammenarbeit (Nummer 3) und der Umfang zulässiger Abweichungen von der Heilmittel-Richtlinie (Nummer 4) festzulegen (S. 18 f.). Nach Absatz 4 sind die Modellvorhaben „im Regelfall auf längstens drei Jahre zu befristen. § 65 gilt entsprechend.“ (S. 19).

Der mit Artikel 10 eingefügte § 9a MPhG verlangt den Erwerb erweiterter Kompetenzen „auf wissenschaftlicher Grundlage und nach wissenschaftlicher Methodik“ an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule. „Der Umfang dieser Ausbildung soll mindestens 900 Stunden umfassen.“ Die erworbenen Kompetenzen „werden zum Abschluss der Ausbildung staatlich geprüft“ (§ 9a Absatz 1 MPhG und 2, S. 89). Nach § 9a Absatz 3 MPhG dürfen die so qualifizierten Personen in den Modellvorhaben diejenigen heilkundlichen Maßnahmen eigenverantwortlich durchführen, die sie erlernt haben und beherrschen und „die erforderlich sind, um eine drohende oder bestehende Beeinträchtigung der Bewegungs- und Funktionsfähigkeit oder des Bewegungshandelns festzustellen, zu heilen oder zu lindern“ (S. 89). Nach der Begründung entsprechen 900 Stunden „einem Semester in Vollzeit“. Der Umfang dürfe 900 Stunden „nicht unterschreiten“ (S. 254). Mehrkosten für die Zusatzausbildung weist der Entwurf nur für die Länder und Kommunen aus, und dies nur, „soweit entsprechende Ausbildungen konzipiert und durchgeführt werden“ (S. 114).

Die Begründung stellt fest, es fehle „in Deutschland an systematischen Erfahrungen darüber, welche Effekte ein direkter Zugang von Patientinnen und Patienten zu physiotherapeutischen Leistungen erzielen könnte“. Modellvorhaben seien „unverzichtbar“ (S. 101). Ziel der Evaluation sei „die Erreichung hochwertiger Evidenz zur Wirksamkeit des Direktzugangs“. Die Dauer werde auf drei Jahre begrenzt, „um möglichst schnell zu tragfähigen Ergebnissen für die Weiterentwicklung der bestehenden Versorgungsform zu kommen“ (S. 165). Für die GKV können nach dem Entwurf „geringfügige, nicht quantifizierbare Mehrkosten“ entstehen, soweit Vereinbarungen geschlossen werden (S. 115).

b) Bewertung des SHV

Die grundsätzliche Zielsetzung, die therapeutische Eigenverantwortung zu stärken und die physiotherapeutischen Kompetenzen stärker in die Patientenversorgung einzubinden, wird ausdrücklich begrüßt. Die Anerkennung der fachlichen Expertise und der eigenständigen therapeutischen Entscheidungsfindung stellt einen wichtigen Schritt zur Weiterentwicklung des Berufsbildes und zur Professionalisierung der Physiotherapie dar. Vor dem Hintergrund der internationalen Studienlage zum Direktzugang, die die Sicherheit, Umsetzbarkeit und Wirksamkeit des Direktzugangs zur Physiotherapie belegt, wird die Einführung eines Modellvorhabens für den Direktzugang in der Physiotherapie nicht für notwendig erachtet. Vielmehr sollte die vorhandene wissenschaftliche Evidenz als Grundlage genutzt werden, um die erweiterten Versorgungsbefugnisse unmittelbar im neuen Berufsgesetz und nachhaltig in der Regelversorgung zu verankern. Dies würde nicht nur der fachlichen Weiterentwicklung des Berufsstandes Rechnung tragen, sondern auch die Versorgung effizienter gestalten, interprofessionelle Zusammenarbeit stärken und vorhandene physiotherapeutische Kompetenzen konsequent im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung nutzen.

Die internationale Studienlage liefert bereits belastbare Erkenntnisse zur Qualität und Sicherheit des Direktzugangs. Physiotherapeutische Interventionen sind grundsätzlich als Maßnahmen mit einem geringen Risiko einzuordnen. Es handelt sich bei Physiotherapie um ein „Low-Risk-Treatment“, welches von vornherein mit geringem Gefährdungspotenzial für Patienten einhergeht. Die Inanspruchnahme des Direktzugangs erfolgt dabei überwiegend aufgrund muskuloskelettaler Beschwerden und betrifft somit einen wesentlichen Bereich der physiotherapeutischen Versorgung. Vorliegende Studienergebnisse zeigen, dass Physiotherapeuten, die im Direktzugang arbeiten, eine sichere und effektive Versorgung ohne Auftreten von Zwischenfällen und Gefährdungen der Patienten gewährleisten können [1-4]. Die Fähigkeit, Warnhinweise und Kontraindikationen zu erkennen und bei Bedarf eine ärztliche Weiterleitung zu veranlassen, ist ein wesentlicher Bestandteil der physiotherapeutischen Kompetenz.

Darüber hinaus weisen die Studienergebnisse darauf hin, dass im Rahmen des Direktzugangs weniger bildgebende Verfahren und Medikamente eingesetzt werden, was sowohl nicht notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen vermeiden als auch zur Senkung der Gesundheitsausgaben beitragen kann [1,5-7]. Zusätzlich erreichen Patienten, die im Direktzugang behandelt werden, ihr Therapieziel teilweise mit einer geringeren Anzahl an physiotherapeutischen Behandlungseinheiten als Patienten, die über die herkömmliche ärztliche Verordnung zum Physiotherapeuten gelangen [3,4]. Zudem werden weniger krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitstage berichtet.

Dies unterstreicht das Potenzial des Direktzugangs, nicht nur die individuelle Versorgungssituation zu verbessern, sondern auch gesamtgesellschaftliche und volkswirtschaftliche Vorteile zu erzielen.

Die internationalen Erfahrungen verdeutlichen zudem, dass der Direktzugang als sinnvoller Baustein einer modernen Primärversorgung etabliert werden kann [5,6]. Dabei geht es um eine bedarfsgerechte Steuerung des Zugangs zur Versorgung und eine zielgerichtete Nutzung vorhandener Kompetenzen. Die vorliegenden Erkenntnisse sprechen somit dafür, dass der Direktzugang zu einer effizienteren Ressourcenverteilung beitragen kann.

Insgesamt weist die bislang vorliegende internationale Evidenz darauf hin, dass der Direktzugang auch für Deutschland das Potenzial besitzt, die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit und die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems gleichermaßen zu stärken. Diese Erkenntnisse sollten bei der Weiterentwicklung der physiotherapeutischen Versorgung hierzulande berücksichtigt und als Grundlage für eine nachhaltige Verankerung des Direktzugangs in der Regelversorgung herangezogen werden.

Neben den internationalen Studienergebnissen zur Sicherheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Direktzugangs können auch die Erfahrungen in der Vorgehensweise anderer Länder mit dessen Einführung und praktischen Umsetzung wichtige Erkenntnisse für die Ausgestaltung in Deutschland liefern. Die Niederlande stellen hierfür ein gutes Beispiel dar, da der Direktzugang dort bereits 2006 eingeführt wurde und sich seither in der Versorgungspraxis etabliert hat. Bei der Einführung wurde für bereits ausgebildete Physiotherapeuten auf der bestehenden Berufsqualifikation aufgebaut. Die für den Direktzugang zusätzlich erforderlichen Schlüsselkompetenzen wurden im Rahmen gezielter Weiterqualifizierungsmaßnahmen vermittelt und nicht mit einem vollständigen Neuerwerb grundlegender physiotherapeutischer Kompetenzen verbunden. Auch wenn die unterschiedlichen Ausbildungs- und Berufsstrukturen eine unmittelbare Übertragung auf Deutschland einschränken, verdeutlicht dieses Beispiel, dass sich zusätzliche Qualifikationsanforderungen gezielt an denjenigen Kompetenzen orientieren müssen, die über das bereits vorhandene Kompetenzprofil hinausgehen.

Vor diesem Hintergrund ist der im Referentenentwurf vorgesehene Umfang einer zusätzlichen Qualifikation von 900 Stunden (§ 9a Absatz 2 MPhG) – unabhängig von der grundsätzlichen Bewertung des vorgesehenen Modellvorhabens – kritisch zu hinterfragen. Insbesondere unter Berücksichtigung der bereits durch die grundständige Ausbildung erworbenen Kompetenzen ist ein solcher Qualifikationsumfang für teilnehmende ausgebildete Physiotherapeuten weder fachlich nachvollziehbar noch in seiner Dimension zu rechtfertigen.

Der vorliegende Entwurf beschreibt den physiotherapeutischen Handlungsrahmen im Direktzugang unter § 64f Absatz (2) wie folgt:

"*Leistungen der Physiotherapie nach Absatz 1 Satz 1 können ohne vorherige ärztlich oder zahnärztlich festgestellte Diagnose erbracht werden. Die an dem Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringer führen dabei eigenverantwortlich die Patientenanamnese und die physiotherapeutische Diagnostik im Hinblick auf physiotherapeutische Behandlungen durch. Im Rahmen der physiotherapeutischen Diagnostik wird eine drohende oder bestehende Beeinträchtigung der Bewegungs- oder Funktionsfähigkeit oder des Bewegungshandelns identifiziert, insbesondere werden absolute und relative Kontraindikationen für eine physiotherapeutische Behandlung und die Notwendigkeit einer ärztlichen Diagnosestellung im Einzelfall erkannt und beachtet. Soweit absolute oder relative Kontraindikationen festgestellt werden, muss die versicherte Person zur differentialdiagnostischen Abklärung an eine Ärztin oder einen Arzt oder eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt verwiesen werden. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder Krankengymnastinnen und Krankengymnasten entscheiden auf der Grundlage der eigenen Patientenanamnese und der physiotherapeutischen Diagnostik eigenverantwortlich darüber, ob die Patientin oder der Patient einer physiotherapeutischen Behandlung bedarf und wenn dies der Fall ist, über die Art, die Dauer und die Frequenz der physiotherapeutischen Behandlung. Auf dieser Grundlage konkretisieren sie eigenverantwortlich den weiteren physiotherapeutischen Behandlungsprozess.*"

Die in diesem Absatz aufgeführten Aufgaben umfassen zu einem wesentlichen Teil Kompetenzen, die bereits heute zum grundlegenden Anforderungsprofil eines jeden Physiotherapeuten gehören. Die eigenständige Durchführung einer Patientenanamnese und physiotherapeutischen Befunderhebung sowie insbesondere das Erkennen und Beachten möglicher Kontraindikationen sind keine Kompetenzen, die erst durch eine zusätzliche Qualifikation erworben werden müssen. Sie bilden vielmehr die Grundlage der physiotherapeutischen Berufsausübung und sind integraler Bestandteil der grundständigen Ausbildung.

Unabhängig davon, ob eine Behandlung auf Grundlage eines konkret verordneten Heilmittels im Rahmen einer konventionellen Verordnung oder auf Grundlage einer Blankoverordnung erfolgt, setzt jede physiotherapeutische Tätigkeit voraus, dass Physiotherapeuten eine strukturierte Anamnese und physiotherapeutische Befunderhebung durchführen, die erhobenen Befunde zu einer physiotherapeutischen Diagnose zusammenführen und eigenständig einen darauf basierenden Behandlungsplan erstellen. Ebenso gehört es zu ihrer fachlichen Verantwortung, sowohl im Rahmen des diagnostischen Prozesses als auch im anschließenden Behandlungsverlauf mögliche Kontraindikationen zu erkennen, deren Relevanz für die Behandlung einzuschätzen und entsprechende Maßnahmen – wie ggf. die Weiterleitung an einen Arzt – einzuleiten, um die Patientensicherheit nicht zu gefährden.

Die bereits vorhandenen physiotherapeutischen Kompetenzen sind bei der Bemessung des zusätzlichen Qualifikationsbedarfs zu berücksichtigen. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) verankert die diagnostischen und therapeutischen Grundlagen ausdrücklich in der grundständigen Ausbildung. So sind hier unter anderem 100 Stunden physiotherapeutische Befund- und Untersuchungstechniken (PhysTh-APrV Anlage 1 Ziffer 15), insgesamt 390 Stunden Allgemeine und Spezielle Krankheitslehre (PhysTh-APrV Anlage 1 Ziffer 4; 5) sowie 700 Stunden Methodische Anwendung der Physiotherapie (PhysTh-APrV Anlage 1 Ziffer 20) in den medizinischen Fachgebieten vorgesehen. Hinzu kommen 1600 Stunden praktische Ausbildung (PhysTh-APrV Anlage 1 Teil B), in der die gelernten Inhalte praktisch erprobt und angewendet werden können.

Die Anwendung der dazu erforderlichen Kompetenzen ist bereits heute ausdrücklich in der physiotherapeutischen Versorgung verankert. So sieht die im Rahmen der Blankoverordnung nach § 125a SGB V vereinbarte physiotherapeutische Diagnostik die eigenständige Durchführung von Anamnese und Befunderhebung, die Erstellung einer physiotherapeutischen Diagnose sowie die darauf aufbauende Therapieplanung als gesondert vergütete Leistung vor. Auch die Überprüfung und bedarfsgerechte Anpassung und Behandlung im weiteren Therapieverlauf liegen in der Verantwortung der Physiotherapeuten.

Vor diesem Hintergrund gilt es also an dieser Stelle klar zu definieren, welche zusätzlichen Schlüsselkompetenzen für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen erforderlich sind und über das bereits vorhandene physiotherapeutische Kompetenzprofil hinausgehen. Dabei ist insbesondere zwischen den bereits vorhandenen diagnostischen Grundkompetenzen und der darüber hinausgehenden Kompetenz zur eigenverantwortlichen Indikationsstellung für eine physiotherapeutische Behandlung zu unterscheiden. Zentral steht dabei die Fähigkeit, im Rahmen eines strukturierten Screenings physiotherapeutisch behandlungsbedürftige Beschwerdebilder von Zuständen abzugrenzen, die eine weiterführende ärztliche Diagnostik erfordern, sowie die eigene heilkundliche Zuständigkeit sicher zu beurteilen. Das Screening ersetzt weder eine medizinische noch eine physiotherapeutische Diagnostik.

Der Referentenentwurf bleibt eine solche Konkretisierung jedoch schuldig. Zwar beschreibt § 64f Absatz 2 den groben Handlungsrahmen des Direktzugangs, differenziert aber nicht zwischen bereits erworbenen und zusätzlich erforderlichen Kompetenzen, um den Anforderungen einer eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen gerecht zu werden. Insbesondere wird die eigenverantwortliche heilkundliche Indikationsstellung, also die Entscheidung darüber, ob eine physiotherapeutische Behandlung ohne vorherige ärztliche Diagnose angezeigt ist, nicht als zentrale

Schlüsselkompetenz herausgearbeitet. Diese Entscheidung ist dem eigentlichen physiotherapeutischen Behandlungsprozess, zu dem auch die physiotherapeutische Diagnostik gehört, vorgelagert und stellt die entscheidende zusätzliche Anforderung des Direktzugangs dar. Es bleibt unklar, welche konkreten Inhalte in welchem Verhältnis in 900 Stunden Weiterbildung vermittelt werden sollen. Auch der Verweis in § 9a MPhG auf erweiterte Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und nach wissenschaftlicher Methodik über das in § 8 MPhG beschriebene Ausbildungsziel hinaus bleibt unbestimmt. Es wird weder näher ausgeführt, um welche wissenschaftlichen Kompetenzen es geht, noch in welchem Umfang diese für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen erforderlich sind. Damit fehlt es weiterhin an einer nachvollziehbaren fachlichen Herleitung des vorgesehenen Weiterbildungsumfangs und einer konkreten Abgrenzung zu den bereits durch die grundständige Ausbildung und Berufspraxis erworbenen Kompetenzen.

Die Frage, welche zusätzlichen Kompetenzen Physiotherapeuten für die eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde benötigen und in welchem Umfang diese zu vermitteln sind, ist keineswegs neu. Sie wurde bereits im Zusammenhang mit der auf das Gebiet der Physiotherapie beschränkten Heilpraktikererlaubnis durch das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 26.08.2009 (Az 3 C 19.08) aufgegriffen.

Gegenstand der gerichtlichen Prüfung war, welche zusätzlichen Kenntnisse und Fähigkeiten ein ausgebildeter Physiotherapeut nachweisen muss, um Heilkunde im Bereich der Physiotherapie eigenverantwortlich und ohne ärztliche Verordnung ausüben zu dürfen. Das Bundesverwaltungsgericht stellte fest, dass hierzu insbesondere zusätzliche diagnostische Fähigkeiten zur Beurteilung der Behandlungsindikation, Kenntnisse zur Abgrenzung der eigenen heilkundlichen Zuständigkeit gegenüber dem ärztlichen Tätigkeitsbereich sowie Berufs- und Gesetzeskunde erforderlich sind. Diese Anforderungen begründete das Gericht maßgeblich mit dem Schutz der Patientensicherheit. (BVerwG, Urteil vom 26.08.2009 – 3 C 19.08, Rn. 21–28)

Das Bundesverwaltungsgericht hat darüber hinaus klare Leitplanken für die Bemessung zusätzlicher Qualifikationsanforderungen formuliert: Diese müssen sich auf die tatsächlich erforderlichen und noch nicht vorhandenen Kompetenzen beschränken und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen. (BVerwG, Urteil vom 26.08.2009 – 3 C 19.08, Rn. 22)

Wie eine entsprechende Nachqualifizierung in der Praxis umgesetzt wurde, zeigt das Verfahren zur Erteilung der sektoralen Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapeuten in Nordrhein-Westfalen. Der hier entwickelte Kriterienkatalog sieht eine curriculare Nachqualifikation von insgesamt 60

Unterrichtseinheiten (UE) vor. Davon entfallen 50 UE auf Diagnostik und Indikationsstellung sowie zehn UE auf Berufs- und Gesetzeskunde.

Eine unmittelbare Übertragung der Rechtsprechung auf die Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ist aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen nicht möglich. Die vom Bundesverwaltungsgericht formulierten Grundsätze der Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit behalten jedoch ihre Bedeutung.

Der im vorliegenden Referentenentwurf vorgesehene Umfang von 900 Zeitstunden (je 60 Minuten) entspricht rechnerisch dem 20-fachen dieses Qualifizierungsumfangs (eine UE entspricht 45 Minuten). Zwar können erweiterte Anforderungen im Rahmen der GKV-Versorgung wie beispielsweise eine eigenständige Versorgungssteuerung, die wirtschaftliche Verantwortung und die interprofessionelle Zusammenarbeit, einen über die sektorale Heilpraktikererlaubnis hinausgehenden Qualifizierungsbedarf begründen – das im Entwurf vorgesehene Ausmaß scheint jedoch insbesondere vor dem Hintergrund einer fehlenden fachlichen Herleitung unverhältnismäßig.

Der vorgesehene Umfang der Qualifikation von 900 Stunden, der nach der Begründung „einem Semester in Vollzeit“ entspricht (S. 254), wird nicht nur aus fachlich-inhaltlicher Sicht kritisch bewertet, sondern ebenfalls aus organisatorischer und zukunftsorientierter Perspektive. Es bestehen erhebliche Zweifel an der praktischen Umsetzbarkeit dieses zeitlichen Umfangs. Insbesondere ist nicht nachvollziehbar, wie Berufstätige einen Umfang, der einem Vollzeitsemester entspricht, organisatorisch und zeitlich bewältigen sollen. Bei einer Zugrundelegung eines Semesters von etwa sechs Monaten entspräche dies einer durchschnittlichen zeitlichen Belastung von rund 35 Stunden pro Woche. Darüber hinaus bleibt unklar, wie sich die ausgewiesenen Stunden konkret zusammensetzen. Insbesondere bedarf es einer eindeutigen Differenzierung zwischen dem Gesamtumfang und den darin enthaltenen Anteilen an Präsenzlehre, praktischen Ausbildungsanteilen in der Arbeit am Patienten sowie Selbstlernzeit. Ohne eine transparente Darstellung der Stundenumfänge ist weder der tatsächliche zeitliche Aufwand für die Teilnehmenden noch die organisatorische und personelle Umsetzbarkeit der angedachten Weiterqualifikation für die jeweiligen Hochschulen bzw. Weiterbildungsträger verlässlich einzuschätzen.

Um die Umsetzung eines derartigen Weiterqualifikationsumfangs absolvieren zu können, müssten Physiotherapeuten in erheblichem Umfang von ihrer regulären Berufstätigkeit freigestellt werden oder entsprechende Arbeitszeit reduzieren. Dies würde nicht nur eine zusätzliche Belastung für die teilnehmenden Physiotherapiepraxen darstellen, sondern könnte insbesondere angesichts des bestehenden Fachkräftemangels zu erweiterten Einschränkungen der

Patientenversorgung führen. Unklar bleibt, in welchem Umfang Physiotherapeuten bereit und finanziell in der Lage wären, die erforderlichen zeitlichen und finanziellen Einschränkungen für ein Modellvorhaben auf sich zu nehmen. Insbesondere bei einer Weiterqualifikation, die mit einer erheblichen zeitlichen Belastung und möglichen Einkommenseinbußen verbunden ist, bedarf es einer verlässlichen beruflichen Perspektive. Diese ist insbesondere dann nicht gegeben, wenn die gesetzliche Verankerung des Direktzugangs nach Ablauf des Modellvorhabens offenbleibt. Ohne den Therapeuten eine verbindliche Perspektive für die anschließende berufliche Tätigkeit im Direktzugang zu eröffnen, erscheint es wenig realistisch, von den Therapeuten eine derart umfangreiche Investition in Zeit, finanziellen Mitteln und berufliche Entwicklung zu erwarten. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte ist zudem unklar, inwiefern sich eine ausreichend große Zahl freiwillig teilnehmender Physiotherapeuten gewinnen lässt, um ein wissenschaftlich hochwertiges Studiendesign mit einer hinreichend großen Stichprobe und entsprechend belastbaren, repräsentativen Ergebnissen zu gewährleisten.

Vor dem Hintergrund des aus unserer Sicht bereits zu umfangreichen Weiterbildungsumfangs von 900 Stunden müssen Zugangsvoraussetzungen zum Arbeiten im Direktzugang auch im Hinblick auf die angesetzte Berufserfahrung so ausgestaltet sein, dass diese realistisch und attraktiv bleiben. Unter Berücksichtigung von Qualitätsaspekten unterstützen wir grundsätzlich die Forderung nach einer mehrjährigen Berufserfahrung der Physiotherapeuten als Voraussetzung für die Versorgung im Direktzugang. Eine entsprechende praktische Berufserfahrung ist sinnvoll, um aufbauend auf den bereits erworbenen physiotherapeutischen Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung eine fundierte eigenständige therapeutische Entscheidungsfindung sicherzustellen. Den vorgesehenen Zeitraum von fünf Jahren halten wir jedoch für zu hoch angesetzt und nicht sachgerecht. Ausreichend wäre aus unserer Sicht eine zweijährige Berufserfahrung als angemessene Voraussetzung für den Direktzugang. In diesem Zeitraum können fachliche Kompetenzen vertieft und die Sicherheit im therapeutischen Handeln gefestigt werden. In diesem zeitlichen Rahmen können Physiotherapeuten bereits verschiedene Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern und individuellen Krankheitsverläufen behandeln. Dadurch kann bereits ein Verständnis für unterschiedliche Beschwerdebilder, deren Verläufe sowie die damit verbundenen therapeutischen Anforderungen entwickelt werden. Durch die derzeitig geplante Voraussetzung von fünf Jahren würde der Zugang zur Versorgung im Direktzugang unnötig verzögert werden.

Unabhängig davon, wie ein möglicher Stundenumfang und die Anforderungen hinsichtlich nachzuweisender Berufserfahrungen für die Weiterqualifikation zum Arbeiten im Direktzugang definiert werden, ist eine klare gesetzliche Regelung erforderlich, die sicherstellt, dass die im Rahmen der Weiterqualifikation

erworbenen Kompetenzen zukünftig von Physiotherapeuten im Rahmen des Direktzugangs eingesetzt werden können. Darüber hinaus ist ebenso unklar, inwiefern sich Krankenkassen unter diesen Voraussetzungen an einem angedachten Modellvorhaben beteiligen würden, wenn keine konkreten Perspektiven für eine anschließende Überführung in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen. Ohne eine gesetzliche Verankerung besteht das Risiko, dass auf Seiten der Physiotherapeuten und Krankenkassen die notwendige Bereitschaft zur Mitwirkung fehlt.

Der Gesetzentwurf ergänzt durch Artikel 10 das bestehende Masseur- und Physiotherapeutengesetz um § 9a. Dabei bleibt unklar, ob und wie § 9a nach einer Aufhebung des bisherigen MPhG fortbestehen soll. Gleichzeitig soll das Berufsrecht mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Berufe in der Physiotherapie vom 26. Oktober 2026 grundlegend neu geregelt werden, was Inkonsistenzen der parallelen Berufsgesetzgebung hervorbringt. In den §§ 2 und 40 wird im Entwurf des Berufsgesetzes die Heilkundebefugnis als zentrales Element des neuen Berufsgesetzes beschrieben. Eine erkennbare Harmonisierung der im Entwurf des Berufsgesetzes und in diesem Gesetzentwurf beschriebenen heilkundlichen Erlaubnistatbestände fehlt gänzlich. Die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Qualifikationsanforderungen und die fehlende Abstimmung der Inkrafttretens- und Übergangsvorschriften werfen zumindest Fragen der Normenklarheit auf. Anstatt die Heilkundebefugnis in diesem Gesetzentwurf durch Änderung des MPhG zu regeln, muss der Regelungsgegenstand unmittelbar in das neue Berufsgesetz aufgenommen werden, um sowohl den hochschulisch als auch den fachschulisch ausgebildeten Physiotherapeuten, die nach dem bestehenden MPhG ausgebildet wurden, den Zugang zur Heilkundeausübung zu ermöglichen. Der derzeitige Gesetzentwurf zur Reform der Berufe in der Physiotherapie vom 26. Oktober 2026 sieht vor, dass ausschließlich Bachelorabsolventen die Heilkundebefugnis nach Abschluss des Studiums erlangen und dass eine Nachqualifikation zum Erwerb der Heilkundebefugnis nur den Absolventen der Modellstudiengänge ermöglicht wird.

Forderung des SHV

Anstelle der Möglichkeit eines Modellvorhabens nach § 64f in Verbindung mit den Änderungen des MPhG fordert der SHV im Sinne der Normenklarheit, dass die Erteilung der Heilkundebefugnis für Physiotherapeuten unmittelbar im neuen Berufsgesetz der Physiotherapie geregelt wird. Des Weiteren müssen Verträge zum Direktzugang unmittelbar zwischen den Vertragspartnern nach § 125 Absatz 1 SGB V vereinbart werden können. Die Vertragspartner sind dafür die geeigneten Akteure. Sie regeln bereits heute bundeseinheitlich die Einzelheiten der Heilmittelversorgung einschließlich Vergütung, Abrechnung und Wirtschaftlichkeit. Mit den Verträgen nach § 125a zur Heilmittelversorgung mit

erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankoverordnung) hat der Gesetzgeber zudem ein Instrument geschaffen, das nach der Begründung „ergänzend neben die Verträge nach § 125 Absatz 1“ tritt (S. 185 f.). An dieses Modell kann der Direktzugang anknüpfen. Ein bundeseinheitlicher Vertrag vermeidet eine Zersplitterung in unterschiedliche selektive Regelungen und schafft gleiche Bedingungen für Versicherte und Praxen.

Die Voraussetzungen der Versorgung muss das Gesetz selbst bestimmen. Zur Versorgung im Direktzugang berechtigt sein müssen Physiotherapeuten, die die erforderlichen Kompetenzen staatlich geprüft nachgewiesen haben: Personen mit einer Heilkundebefugnis nach dem Physiotherapeutengesetz, einschließlich der vom SHV vorgeschlagenen Nachqualifizierung. Sie müssen nach § 124 Absatz 1 zugelassen oder bei einem zugelassenen Leistungserbringer tätig sein. Außerdem wird eine zweijährige Berufserfahrung benötigt. Die Begründung führt die fehlende Befugnis darauf zurück, dass Physiotherapeuten die erforderlichen Kompetenzen in der derzeitigen Ausbildung nicht erwerben (S. 101). Werden diese Kompetenzen erworben und staatlich geprüft, entfällt dieser Grund.

Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit sind im Gesetz mindestens ebenso abzusichern wie in § 64f des Entwurfs: durch die Pflicht zur unverzüglichen Verweisung bei absoluten oder relativen Kontraindikationen, durch vertragliche Kriterien für die Verweisung und die Information der behandelnden Ärzte, durch Anforderungen an die Dokumentation sowie durch Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit. Die physiotherapeutische Erstuntersuchung mit Anamnese und Diagnostik ist gesondert zu vergüten. Der Arztvorbehalt in § 15 Absatz 1 Satz 1, den der Entwurf für § 64f öffnet (S. 11), ist auch für diese Versorgung zu öffnen, und der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Heilmittel-Richtlinie anzupassen, soweit der Vertrag dies erfordert.

Damit die Regelung nicht leerläuft, muss jede Vertragspartei den Abschluss des Vertrags verlangen und bei fehlender Einigung die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 anrufen können.

c) Änderungsvorschlag

Vor dem Hintergrund der dargestellten Kritikpunkte am vorliegenden Gesetzentwurf und der Forderung nach einer gesetzlichen Verankerung der Heilkundebefugnis in dem neuen Gesetz zur Reform der Berufe in der Physiotherapie (Physiotherapieberufereformgesetz – PhyThBRefG) schlagen wir vor, die Anforderungen an den Kompetenzerwerb für die Ausübung des Direktzugangs neu auszurichten und den vorgesehenen Umfang von 900 Stunden zu reduzieren. Tabellarisch sind die Inhalte und Umfänge für den Kompetenzerwerb zum Arbeiten im Direktzugang, die im neuen Gesetz zur

Reform der Berufe in der Physiotherapie und zur Änderung weiterer Vorschriften verankert werden müssten, dargestellt. Ein Gesamtumfang von 200 UE erscheint für den Kompetenzerwerb zum Arbeiten im Direktzugang angemessen.

Modul	**Um-fang** (1 UE= 45 Min.)	**Kerninhalte**		**Bemerkungen**
Screening for Medical Disease Differenzialdiagnose und Clinical Reasoning	80	Prozess-Kenntnis von differenzialdiagnostischem Vorgehen; Flaggensystem; Mustererkennung primär physiotherapeutisch behandelbarer Erkrankungen; Differenzialdiagnostik in den einzelnen Fachgebieten		Die eigenverantwortliche Durchführung des Screenings erfordert die nachgewiesene Kompetenz zur Differenzierung zwischen physiotherapeutischen Indikationen und ärztlich abklärungsbedürftigen Gesundheitszuständen, um die Patientensicherheit und die Grenzen des eigenen Kompetenzbereichs zu gewährleisten.
Management und Intervention	40	Triage-Fähigkeiten und beratende Fähigkeiten, Behandlungsende, evidenzbasierte Praxis		Verweisen und Überweisen von Patienten an geeignete Stellen im Gesundheitswesen, Beratung zu Umgang mit Erkrankungen, bei welchen keine Intervention erfolgen muss, Kompetenzen zur Feststellung eines Behandlungsendes, Neue Standards aus Leitlinien oder anderen Quellen ableiten können
Kommunikation und Dokumentation	40	Kommunikative Fähigkeiten für den Direktzugang, Kooperation mit anderen Berufen der Gesundheitsversorgung, rechtssichere Dokumentation erhobener Befunde		Fähigkeiten zur umsichtigen und professionellen Kommunikation, erhöhte Sorgfaltspflichten gehen auch mit besonderen Anforderungen in der rechtssicheren Dokumentation einher
Berufsethik	20	Einführung Ethik,		Berufsautonomie geht mit

		ethisches Reasoning, berufliche Pflichten im Erstkontakt		mehr Rechten, aber auch mit mehr Pflichten einher, Verständnis für die Notwendigkeit des lebenslangen Lernens
Recht	20	Rechtliche Vorgaben für das Arbeiten im Erstkontakt		Kenntnis und sichere Beherrschung der rechtlichen Vorgaben
SUMME	**200**			

Hinsichtlich der Nachqualifizierung muss die Anrechenbarkeit bereits erworbener Abschlüsse und Weiterbildungen geprüft werden.

Regelungen zur vertraglichen Umsetzung des Direktzugangs

Anstelle der im Entwurf vorgesehenen Ergänzung von § 64f werden die folgenden Änderungen aufgenommen (die Nummerierung in Artikel 1 ist anzupassen):

1. In Artikel 1 Nummer 4 (§ 15 Absatz 1 Satz 1) wird die Angabe „in § 15a oder in § 64f“ durch die Angabe „in § 15a oder in § 125 Absatz 2c“ ersetzt.

2. Artikel 1 Nummer 29 wird gestrichen.

3. In § 32 wird nach Absatz 1b folgender Absatz 1c eingefügt:

„(1c) Versicherte können Leistungen der Physiotherapie nach Maßgabe des Vertrags nach § 125 Absatz 2c auch ohne vertragsärztliche Verordnung in Anspruch nehmen, wenn die Leistungen von Personen nach § 125 Absatz 2c Satz 2 erbracht werden.“

4. In § 125 wird nach Absatz 2b folgender Absatz 2c eingefügt[1]:

„(2c) Die Vertragspartner nach Absatz 1 für den Bereich der Physiotherapie vereinbaren in einem ergänzenden Vertrag die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie ohne vertragsärztliche Verordnung (Direktzugang). Zur Versorgung im Direktzugang berechtigt sind Personen, die

[1] Absatz 2b soll bereits durch den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Berufe in der Physiotherapie neu eingefügt werden.

1. nach dem Physiotherapeutengesetz zur eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen berechtigt sind,

2. nach § 124 Absatz 1 zur Versorgung zugelassen oder bei einem nach § 124 Absatz 1 zugelassenen Leistungserbringer tätig sind und

3. über eine Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren verfügen; Teilzeitbeschäftigungen werden entsprechend ihrer wöchentlichen Arbeitszeit berücksichtigt.

Sie führen eigenverantwortlich die Patientenanamnese und die physiotherapeutische Diagnostik durch und entscheiden auf dieser Grundlage, ob die versicherte Person einer physiotherapeutischen Behandlung bedarf, und wenn dies der Fall ist, über deren Art, Dauer und Frequenz. Auf dieser Grundlage konkretisieren sie eigenverantwortlich den weiteren physiotherapeutischen Behandlungsprozess. Von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in den nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erlassenen Heilmittel-Richtlinien kann abgewichen werden. Im Rahmen der physiotherapeutischen Diagnostik wird eine drohende oder bestehende Beeinträchtigung der Bewegungs- oder Funktionsfähigkeit oder des Bewegungshandelns identifiziert, insbesondere werden absolute und relative Kontraindikationen für eine physiotherapeutische Behandlung und die Notwendigkeit einer ärztlichen Diagnosestellung im Einzelfall erkannt und beachtet. Werden absolute oder relative Kontraindikationen festgestellt oder ergeben sich Hinweise auf eine Erkrankung, die einer ärztlichen oder zahnärztlichen Abklärung bedarf, ist die versicherte Person unverzüglich an eine Ärztin oder einen Arzt oder an eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt zu verweisen. In dem Vertrag nach Satz 1 sind insbesondere zu regeln:

1. die Patientengruppen, bei denen eine Versorgung im Direktzugang erfolgt, sowie Ausschlusskriterien,

2. das Nähere zum Nachweis der Berechtigung nach Satz 2,

3. die Kriterien und das Verfahren der Verweisung nach Satz 7 sowie die Information der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes,

4. Vorgaben zur Sicherung der Patientensicherheit, insbesondere die Anzahl der Behandlungseinheiten, nach denen eine zwingende Vorstellung der Patientin oder des Patienten bei einer Ärztin oder einem Arzt oder bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt zu erfolgen hat, sowie Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,

5. die Anforderungen an die Dokumentation von Anamnese, Diagnostik, Therapieplan und Behandlung,

6. Preise einzelner Leistungspositionen und einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 125 Absatz 1 abweichen, insbesondere einer gesonderten Vergütung für den entstehenden Mehraufwand, der physiotherapeutischen Erstuntersuchung (Diagnostik) und einer zusätzlichen Bedarfsdiagnostik,

7. Regelungen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,

8. Inhalt und Umfang der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeutin oder Physiotherapeut, Krankengymnastin oder Krankengymnast und Ärztin oder Arzt oder Zahnärztin oder Zahnarzt,

9. Umfang, in dem von der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abgewichen werden kann, sowie

10. die Auswertung der Versorgungsform, insbesondere durch Evaluation der Ergebnis- und Behandlungsqualität.

Verlangt eine Vertragspartei den Abschluss oder die Anpassung eines Vertrags nach Satz 1 und kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb von sechs Monaten nach dem Verlangen zustande, setzt die Schiedsstelle nach Absatz 6 auf Antrag einer Vertragspartei den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht den Vertrag und übermittelt ihn dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Dieser passt die Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 innerhalb von sechs Monaten nach der Übermittlung an, soweit dies für die Versorgung nach Satz 1 erforderlich ist. Die Vertragspartner legen dem Bundesministerium für Gesundheit zwei Jahre nach Abschluss oder Festsetzung des Vertrags einen Bericht über die Entwicklung der Versorgung, der Leistungsmengen und der Ausgaben vor.“

5. Artikel 10 wird gestrichen.

Verordnungsermächtigung und einheitlicher Prüfungsmaßstab

Im neuen Gesetz zur Reform der Berufe in der Physiotherapie und zur Änderung weiterer Vorschriften ist Folgendes zu ergänzen:

„Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. die Mindestanforderungen an die Ausbildung, insbesondere die zu vermittelnden Kompetenzen, den Umfang als Gesamtarbeitsaufwand einschließlich der Zuordnung von Leistungspunkten und den Mindestanteil praktischer Ausbildung,

2. das Nähere über die staatliche Prüfung, insbesondere die zuständige Behörde, die Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse, die Prüfungsteile und -inhalte, die Voraussetzungen für das Bestehen und die Wiederholung der Prüfung,

3. das Verfahren der Genehmigung der Curricula sowie bundeseinheitlich standardisierte Module, die ohne weitere Genehmigung verwendet werden können,

4. die Anerkennung von Weiterbildungseinrichtungen, die die Nachqualifizierung anbieten, und

5. die Anrechnung gleichwertiger Qualifikationen.
Die staatliche Prüfung ist an den Kompetenzen auszurichten, die für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nach dem Physiotherapeutengesetz erforderlich sind; die Curricula der Ausbildungsstätten bedürfen der Genehmigung der zuständigen Behörde, soweit sie nicht auf standardisierten Modulen nach Satz 1 Nummer 3 beruhen.“

Wirtschaftlichkeit und Zurechnung der Verantwortung

Dem § 125 Absatz 2c werden folgende Sätze angefügt:

„Die wirtschaftliche Verantwortung für die Versorgung nach Satz 1 trägt gegenüber den Krankenkassen der nach § 124 Absatz 1 zugelassene Leistungserbringer, über den die Leistungen abgerechnet werden. Personen, die bei einem zugelassenen Leistungserbringer tätig sind, haften gegenüber den Krankenkassen nicht. Die Wirtschaftlichkeit wird durch die Maßnahmen nach Satz 8 Nummer 7 gesichert; diese müssen vorab festgelegt sein und für alle teilnehmenden Leistungserbringer nach gleichen Kriterien gelten. Darüberhinausgehende Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse gegenüber einzelnen Leistungserbringern finden nicht statt.“

Verhältnis zur Heilpraktikererlaubnis

Im neuen Gesetz zur Reform der Berufe in der Physiotherapie und zur Änderung weiterer Vorschriften ist klarzustellen, dass die Nachqualifikation nach II.1 c) bei der Überprüfung für eine auf die Physiotherapie beschränkte Heilpraktikererlaubnis zu berücksichtigen ist.

Rahmenbedingungen und Möglichkeiten für einen Direktzugang in der Logopädie / Sprachtherapie und Ergotherapie

Der SHV fordert den Direktzugang für alle Indikationen im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Unabhängig von der Art der Indikation sind Ergotherapeut:innen Expert:innen für Betätigung, Alltagsbewältigung und Teilhabe. Deshalb sollten Menschen mit Problemen in diesen Bereichen direkt Zugang zu ergotherapeutischer Expertise erhalten. Ergotherapeutische Expertise unterstützt unter anderem Menschen mit chronischen Erkrankungen, psychischen Belastungen oder altersbedingten Einschränkungen dabei, ihren Alltag möglichst selbstständig zu gestalten.

Ausgangslage und derzeitige Versorgungsstruktur:

Die sprachtherapeutische und ergotherapeutische Behandlung erfolgt in der GKV auf ärztliche Verordnung (§ 32 SGB V) im Rahmen des SGB V.

Das aktuelle Verordnungserfordernis ist dabei ein sozialrechtliches Steuerungsinstrument, keine zwingend heilkunderechtliche Notwendigkeit.

In der Praxis führt das Verordnungserfordernis zu

- verzögertem Therapiebeginn,
- zusätzlicher ärztlicher Bürokratie,
- Doppelstrukturen in der Diagnostik
- sowie unnötiger Ressourcenbindung im ambulanten ärztlichen Bereich.

Qualifikation der in der Logopädie und in der Ergotherapie tätigen Therapeut*innen

Alle in der logopädischen Versorgung Tätigen, wie z. B. Akademische Sprachtherapeutinnen oder Logopädinnen verfügen bereits heute über eine staatlich geregelte Ausbildung bzw. ein einschlägiges Hochschulstudium. Die in der ergotherapeutischen Versorgung Tätigen verfügen ebenfalls über eine staatlich geregelte Ausbildung bzw. ein Hochschulstudium.

Sie unterliegen einer Zulassungsüberprüfung nach § 124 SGB V und werden dabei im Fall der akademischen Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen durch die Vorgaben der GKV und des Medizinischen Dienstes überprüft. Gleiches gilt ebenso für die Ergotherapie.

Zudem erfüllen sie umfangreiche Dokumentations- und Qualitätssicherungspflichten aufgrund der rahmenvertraglichen Anforderungen.

In der Logopädie/Sprachtherapie besteht seit Jahrzehnten die Kompetenz zur eigenständigen Diagnostik über alle Indikationsgruppen hinweg. Bereits heute gestalten Ergotherapeut:innen den Therapieprozess eigenverantwortlich – von der ergotherapeutischen Diagnostik über die Zielsetzung bis zur Evaluation – und erkennen, wann eine ärztliche Abklärung angezeigt ist.

Die Planung und Durchführung der Therapie erfolgen eigenverantwortlich auf Basis dieser Diagnostik. Das medizinische, pädagogische und pflegerische Umfeld der Patienten wird hierbei mit wertvollen Informationen zu den vorhandenen Beeinträchtigungen, der Perspektive und dem Umgang damit versorgt.

Im fachlichen Alltag befinden sich Logopäden/Sprachtherapeuten sowie Ergotherapeut:innen in ihrem Kompetenzbereich auf Augenhöhe mit den angrenzenden Fachdisziplinen, was der formale Alltag jedoch nicht abbildet.

Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass auch schon in der Vergangenheit (2019 bestätigt durch das Bundesverwaltungsgericht) Logopäd:innen, akademischen Sprachtherapeut:innen und Ergotherapeut:innen eine sektorale Heilpraktikererlaubnis für den Bereich Logopädie bzw. Ergotherapie erteilt wurde und somit eine eigenverantwortliche Heilkundeausübung in diesen Fachgebieten als rechtlich möglich eingeordnet wurde und umgesetzt wird.

Versorgungspolitische Gründe für den Direktzugang aus Patientensicht

- frühzeitiger Beginn der Therapie,
- niedrigschwelliger Zugang,
- bedarfsgerechte Versorgung,
- bessere Kontinuität,
- Vermeidung rein formaler Arztkontakte

Der Direktzugang führt aber auch zu einer Systementlastung

- Reduktion administrativer Verordnungskontakte,
- Fokussierung ärztlicher Tätigkeit auf medizinisch notwendige Leistungen,
- effizientere Ressourcennutzung.

Fachliche Kompetenz der Therapeutinnen

Die logopädische Diagnostik umfasst bereits seit Jahrzehnten:

- Anamnese,
- standardisierte Diagnostik,
- Differenzialdiagnostik im Fachgebiet,
- Red-Flag-Erkennung

Die ergotherapeutische Diagnostik umfasst:

- Anamnese
- Standardisierte Diagnostik
- Differenzialdiagnostik im jeweiligen Fachgebiet
- sowie die Erkennung von Red Flags
-

Daraus ergibt sich, dass die Kompetenz bereits heute vorhanden ist – sie wird derzeit lediglich sozialrechtlich eingeschränkt genutzt.

Damit das deutsche Gesundheitssystem von den Vorteilen des Direktzugangs auch im Bereich Logopädie/Sprachtherapie sowie der Ergotherapie profitieren kann, sind aus unserer Sicht die folgenden Schritte sinnvoll:

1. Im neuen Berufsgesetz für den Bereich Logopädie/Sprachtherapie werden die heilkundlichen Kompetenzen für alle Indikationsbereiche verbindlich normiert. Ein zeitgemäßes und zukunftsgerichtetes Berufsgesetz für die Ergotherapie muss die eigenverantwortlichen Kompetenzen der Ergotherapie rechtssicher festschreiben.
2. Für alle aktuell nach § 124 Absatz 1 SGB V zulassungsfähigen Leistungserbringer gibt es einen Bestandsschutz in Form der Möglichkeit einer Nachqualifizierung.
3. Während die o. g. Festschreibung heilkundlicher Kompetenzen im neuen Berufsgesetz diesbezügliche Modellvorhaben überflüssig macht, könnten diese auf Leistungsebene ein sinnvoller Zwischenschritt sein. Wir fordern hierfür analog zu den Vertragsverhandlungen gemäß § 125 SGB V einen Auftrag an die Selbstverwaltung (GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Verbände aus dem Bereich Logopädie/Sprachtherapie sowie die maßgeblichen Verbände der Ergotherapie für ihren Bereich).

<u>Erläuterung:</u>

Der Direktzugang ist nicht das alleinige Ziel, sondern ein Baustein für eine umfassende Reform im Heilmittelbereich und ein logischer Schritt der Professionalisierung logopädischer und ergotherapeutischer Praxis und Versorgung.

Wir fordern eine umfassende Neufassung des Berufsgesetzes für die Logopädie/Sprachtherapie sowie der Ergotherapie. Darin müssen die heilkundlichen Kompetenzen explizit normiert werden. Indikationsbereiche und Kompetenzen müssen differenziert aufgegriffen werden.

Eine eigenständige Diagnostik- und Indikationskompetenz muss bundeseinheitlich festgelegt werden.

Das Gesetz muss Verantwortungs- und Haftungsfragen klar zuordnen. Vorschläge liegen mit den Entwürfen des Arbeitskreises Berufsgesetz in der Logopädie/Sprachtherapie bereits vor.

Eine solche Reform würde die bisherige Delegationslogik ablösen und die Profession rechtssystematisch als eigenständigen Heilberuf positionieren, die Vereinbarkeit mit Art. 12 GG stärken sowie die Versorgung nachhaltig modernisieren.

Schließlich ist die verpflichtende ärztliche Vorverordnung faktisch ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 GG) der Therapeutinnen.

Ein solcher Eingriff ist nur gerechtfertigt, wenn erhebliche Gefahren bestehen.

Mit steigender Qualifikation, standardisierter Diagnostik und klarer Sicherheitsarchitektur verliert das generelle Verordnungserfordernis an Verhältnismäßigkeit. Ein indikationsbezogener Direktzugang ist daher verfassungsrechtlich vertretbar.

2. Vermeidung von Retaxationen bei Formfehlern

a) Regelung im Entwurf

Nach Artikel 1 Nummer 74 Buchstabe a (S. 37) wird in § 125 Absatz 2 nach Nummer 7 eine neue Nummer 7a eingefügt. In den Verträgen ist danach zu regeln, „in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch die Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt“. Nach Buchstabe b haben die Vertragspartner die Verträge bis zum ersten Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats entsprechend zu ergänzen. „Kommt bis zu diesem Zeitpunkt eine Vereinbarung nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach Absatz 6 die Vertragsinhalte innerhalb von drei Monaten fest.“

Die Begründung stellt fest: „Im Heilmittelbereich besteht die Verpflichtung der Heilmittelerbringer, die vertragsärztlichen Verordnungen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen. Auch nur geringfügige formale Fehler der Heilmittelverordnung können für die Heilmittelerbringer zu Vergütungskürzungen führen, obwohl sie die Leistung an sich ordnungsgemäß erbracht haben.“ Insbesondere bei geringfügigen formalen Fehlern könne es „unverhältnismäßig sein, dem Heilmittelerbringer die Vergütung für die ansonsten ordnungsgemäß erbrachte Leistung vollständig oder teilweise zu versagen“. Bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz seien die Vertragspartner verpflichtet worden, Vorgaben zu den notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung zu

vereinbaren (BT-Drs. 18/4095, S. 117). „Damit sollten insbesondere Rechnungskürzungen in nicht berechtigten Fällen sowie Nullretaxationen aufgrund rein formaler Fehler vermieden werden.“ (S. 186).

b) Bewertung des SHV

Der SHV begrüßt ausdrücklich, dass der Entwurf das Problem unverhältnismäßiger Retaxationen aufgreift. Absetzungen wegen formaler Fehler der Heilmittelverordnung belasten die Praxen wirtschaftlich und bürokratisch. Der Entwurf selbst spricht von erheblichem Verwaltungsaufwand und Rechtsunsicherheit für Krankenkassen und Heilmittelerbringer (S. 186). Die Heilmittelerbringer tragen dabei das wirtschaftliche Risiko für Fehler, die bei der Ausstellung der Verordnung entstehen und die sie nicht verursacht haben. Allein durch die Prüfung von jährlich rund 39 Mio. Heilmittelverordnungen (gemäß GKV-Heilmittel-Informationssystem 4. Quartal 2025) und die Korrekturnotwendigkeit von nach den Erfahrungen der Berufsverbände fast 10 Mio. fehlerhaften Heilmittelverordnungen entsteht den Heilmittelerbringern, aber auch Ärzten und Patienten, ein enormer Bürokratieaufwand.

Um dieses Problem zu beheben, reicht ein reiner Verhandlungsauftrag jedoch nicht aus. Nach der Begründung sollten bereits die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführten Vorgaben Nullretaxationen aufgrund rein formaler Fehler vermeiden (S. 186). Wäre dieses Ziel auf vertraglichem Weg erreicht worden, bedürfte es der neuen Nummer 7a nicht. In den Verhandlungen vertritt der GKV-Spitzenverband die Krankenkassen, die die Absetzungen vornehmen und die bei einem Verzicht mit Mehrausgaben zu rechnen haben (S. 115). Hierdurch bestehen Fehlanreize, die einer gütlichen Einigung im Wege stehen können. Kommt keine Einigung zustande, entscheidet die Schiedsstelle. Nach den Fristen des Entwurfs können bis zu einer Festsetzung rund neun Monate nach Verkündung vergehen.

Hinzu kommt eine strukturelle Grenze: Viele Absetzungsgründe beruhen nicht auf dem Vertrag, sondern auf Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Vertragspartner nach § 125 Absatz 1 Satz 4 zu berücksichtigen haben. So verlangt § 13 Absatz 1 Satz 3 der Heilmittel-Richtlinie für Änderungen oder Ergänzungen der Verordnung grundsätzlich eine erneute Unterschrift der Verordnerin oder des Verordners mit Datumsangabe. Nach den Erfahrungen der Verbände ist z. B. das Fehlen des Änderungsdatums ein häufiger Absetzungsgrund, der vertraglich nicht abweichend geregelt werden kann. Ohne eine gesetzliche Regelung, dass der Retaxationsausschluss auch gilt, soweit eine Vorgabe auf der Richtlinie beruht, bleibt der Verhandlungsauftrag in diesen Fällen wirkungslos.

Für die Apotheken hat der Gesetzgeber diese Frage bereits gesetzlich beantwortet. § 129 Absatz 4d schließt seit dem 27. Juli 2023 eine Retaxation unter anderem aus, wenn die Dosierangabe fehlt, wenn das Ausstellungsdatum fehlt oder nicht lesbar ist und wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 festgelegte Belieferungsfrist um bis zu drei Tage überschritten wird. Der Gesetzgeber hat damit auch Vorgaben aus Richtlinien in den gesetzlichen Retaxationsausschluss einbezogen. Für Heilmittelerbringer wiegt das Risiko besonders schwer: Sie behandeln auf Grundlage einer Verordnung über eine Serie von Terminen, und eine Nullretaxation kann die Vergütung aller auf der Verordnung erbrachten Behandlungseinheiten entfallen lassen. Der SHV schlägt deshalb vor, neben den Verhandlungsauftrag einen gesetzlichen Mindestkatalog zu stellen.

Der gesetzliche Katalog ist ein Mindestkatalog. Er darf nicht im Umkehrschluss so verstanden werden, dass andere Formfehler stets eine Retaxation rechtfertigen. Der Verhandlungsauftrag bleibt deshalb erforderlich und das Gesetz sollte ihm einen Maßstab vorgeben.

Die Formulierung „vollständig oder teilweise“ darf nicht dazu führen, dass eine Teilretaxation zur Regelfolge eines Formfehlers wird. Die Begründung hält selbst fest, dass bei geringfügigen formalen Fehlern auch eine teilweise Versagung der Vergütung unverhältnismäßig sein kann (S. 186). Ist die Leistung medizinisch eindeutig verordnet und ordnungsgemäß erbracht, darf ein Formfehler grundsätzlich nicht zu einer Kürzung führen. Unberührt bleiben Fälle, in denen die Leistung nicht oder nicht im abgerechneten Umfang erbracht wurde.

Die Annahme von Mehrausgaben (S. 115) greift zu kurz. Vergütet werden Leistungen, die verordnet und tatsächlich erbracht wurden. Dem steht eine Entlastung von Krankenkassen und Praxen durch den Wegfall von Prüf-, Absetzungs- und Widerspruchsverfahren gegenüber, die der Entwurf als Ziel benennt (S. 107, S. 186), beim Erfüllungsaufwand aber nicht ausweist.

Darüber hinaus muss der Katalog auch bei der Einführung der elektronischen Heilmittelverordnung gelten. Formale Anforderungen, die nach dem Katalog nicht zur Retaxation führen, dürfen nicht über automatisierte Prüfregeln erneut zu Absetzungsgründen werden. Als weiteren Schritt regt der SHV an, Heilmittelerbringern nach dem Vorbild der befristeten Sonderregelung aus dem Jahr 2020 zu ermöglichen, Angaben auf der Verordnung mit kurzer Begründung selbst zu ändern oder zu ergänzen. Ausgenommen wären die Art des Heilmittels, der Hausbesuch und die Verordnungsmenge. Redaktionell ist in Artikel 1 Nummer 74 Buchstabe b die Angabe „folgender neuer Satz“ an die Einfügung von zwei Sätzen anzupassen. Der Änderungsvorschlag berücksichtigt dies.

Der SHV fordert, den Verhandlungsauftrag um einen gesetzlichen Mindestkatalog von Formfehlern zu ergänzen, bei denen eine Retaxation ausgeschlossen ist, und klarzustellen, dass dieser auch gegenüber Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie gilt.

c) Änderungsvorschlag

Einführung eines gesetzlichen Katalogs von Vorgaben und Formfehlern, die nicht zur Absetzung oder Kürzung der Vergütung führen

Der SHV fordert eine Verpflichtung der Krankenkassen, auf Rechnungskürzungen zu verzichten, die aus praxisfernen Vorgaben bzw. aus unbedeutenden Formfehlern auf der Heilmittelverordnung entstehen. Für die Apotheken hat der Gesetzgeber in § 129 Absatz 4d bestimmte Fälle festgelegt, in denen Formfehler nicht zu Retaxationen führen. Eine entsprechende Regelung ist für die Heilmittelversorgung zu treffen.

Artikel 1 Nummer 74 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„a) In Absatz 2 Satz 1 wird nach Nummer 7 die folgende Nummer 7a eingefügt:

„7a. ein über Satz 4 hinausgehender Katalog von Vorgaben und Formfehlern, die nicht zu Absetzungen oder Kürzungen bei der Vergütung der Leistung durch die Krankenkassen führen, sowie die Fälle, in denen bei sonstigen Beanstandungen der Abrechnung eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt; dabei ist zugrunde zu legen, dass Formfehler, die die ordnungsgemäße Erbringung einer medizinisch eindeutig verordneten Leistung nicht in Frage stellen, nicht zu einer Retaxation führen,“"

2. Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) In Absatz 2 werden nach Satz 1 die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Vertragspartner nach Absatz 1 haben die Verträge bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] um die Regelungen nach Satz 1 Nummer 7a zu ergänzen. Kommt bis zu diesem Zeitpunkt eine Vereinbarung nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach Absatz 6 die Vertragsinhalte innerhalb von drei Monaten fest. Unabhängig von den Vereinbarungen nach Satz 1 Nummer 7a ist eine vollständige oder teilweise Retaxation durch die Krankenkassen ausgeschlossen, wenn

1. die Frequenzangabe auf der Verordnung fehlt,

2. das Ausstellungsdatum der Verordnung fehlt oder nicht lesbar ist,

3. Formfehler des ICD-10-Codes vorliegen, die für die Behandlung irrelevant sind,

4. die Diagnosegruppe auf der Verordnung fehlerhaft ist,

5. eine Änderung oder Ergänzung auf der Verordnung durch einen Arzt oder Zahnarzt vorgenommen wird, auch wenn dies mit i. A. oder i. V. gekennzeichnet wird,

6. ein Ausstellungsdatum durch den Arzt oder Zahnarzt geändert wird und hierbei die zusätzliche Angabe des Datums der Änderung fehlt,

7. bei einer Behandlungsunterbrechung die Angabe der Begründung fehlt oder

8. bei der Leistungsbestätigung das abgegebene Heilmittel durch eine nachvollziehbare Abkürzung dargestellt wird (z. B. HB für Hausbesuch).

Satz 4 und die Vereinbarungen nach Satz 1 Nummer 7a gelten auch, soweit die betreffenden Angaben in der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vorgegeben sind. Sie gelten nicht, soweit die Leistung nicht oder nicht im abgerechneten Umfang erbracht wurde.““

Korrekturmöglichkeiten für Heilmittelerbringer

Die Möglichkeiten für Leistungserbringer, Angaben auf der Verordnung selbst zu korrigieren, sind zu eng. Während der Corona-Pandemie durften Heilmittelerbringer alle Angaben auf der Verordnung selbst ändern oder ergänzen, außer der Art des Heilmittels, dem Hausbesuch und der Verordnungsmenge (Punkt 4 der COVID-19-Sonderregelungen der Krankenkassenverbände und des GKV-Spitzenverbands). Diese Regelung hat sich bewährt. Sie entlastet Heilmittelerbringer, Patienten und Ärzte, weil Rückfragen und erneute Arztbesuche wegen formaler Fehler entfallen. Sie ist dauerhaft gesetzlich zu verankern und muss, wie der Retaxationsausschluss, auch gegenüber abweichenden Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie gelten.

Artikel 1 Nummer 74 Buchstabe b wird um die folgenden Sätze ergänzt, die nach dem in Nummer 2 vorgeschlagenen Satz 6 eingefügt werden:

„Bei nicht richtlinienkonform ausgestellten Heilmittelverordnungen können die Heilmittelerbringer notwendige Änderungen oder Ergänzungen an den Angaben der Verordnerin oder des Verordners auf dem Verordnungsblatt selbst vornehmen. Einer Änderung oder Ergänzung der Verordnung durch die Verordnerin oder den Verordner bzw. einer Rücksprache mit ihr oder ihm bedarf es hierzu nicht. Die Änderung oder Ergänzung ist auf der Rückseite des Verordnungsblatts unten links kurz zu begründen und mit Datum und Handzeichen des Heilmittelerbringers zu versehen; bei elektronischen Verordnungen ist sie in dem dafür vorgesehenen Datenfeld zu dokumentieren. Die Sätze 7 und 8 gelten nicht für die Angaben „Art des Heilmittels“, Hausbesuch und „Verordnungsmenge“. Sie gelten auch, soweit die betreffenden Angaben in der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vorgegeben sind. Eine Retaxation wegen einer Änderung oder Ergänzung nach Satz 7 ist ausgeschlossen.

In § 92 Absatz 6 SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Die Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] an § 125 Absatz 2 Satz 7 bis 11 anzupassen.“

3. Neuordnung und Beschleunigung des Schiedsverfahrens

a) Regelung im Entwurf

Mit einem neuen Titel „Schiedswesen“ werden die Regelungen zu Schiedspersonen, Schiedsämtern, sektorenübergreifenden Schiedsgremien und Schiedsstellen in den §§ 71a bis 71d gebündelt (Artikel 1 Nummer 34 und 35, S. 19 ff.). Anlass ist nach dem Vorblatt, dass das Schiedswesen „aufgrund einer Vielzahl von Handlungsinstrumenten unter einer Behäbigkeit“ leide, „die das eigentliche Ziel der Einigung untergräbt“ (S. 2). Spezialnormen können als lex specialis weiterhin abweichende und ergänzende Regelungen treffen (Begründung, S. 166).

Nach § 71d Absatz 1 wird der Inhalt einer ganz oder teilweise nicht zustande gekommenen Vereinbarung unter anderem nach § 125 Absatz 1 durch die zuständige Schiedsstelle festgelegt; „Die Festlegung erfolgt innerhalb von drei Monaten.“ (S. 25). Absatz 2 regelt die paritätische Besetzung mit drei Unparteiischen und eine Amtsdauer von vier Jahren. Über die Geschäftsordnung entscheiden nach Absatz 3 Satz 2 „die unparteiischen Mitglieder im Benehmen mit den Vereinbarungspartnern“. Die Entscheidungen werden „mit der Mehrheit der Stimmen getroffen“. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag (Absatz 3 Satz 6 und 7, S. 25). Nach Absatz 6 gilt: „Klagen gegen Festsetzungen der Schiedsstelle und Entscheidungen der

Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung.“ Ein Vorverfahren findet nicht statt (S. 26).

§ 125 Absatz 6 wird neu gefasst (Artikel 1 Nummer 74 Buchstabe c, S. 37). Erhalten bleiben die gemeinsame Schiedsstelle von GKV-Spitzenverband und Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer, die getrennte Besetzung je Leistungsbereich, zwei Stellvertreter je Mitglied, die hälftige Kostentragung und die Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Die bereits in § 71d enthaltenen Regelungen werden als Wiederholungen gestrichen (Begründung, S. 186). § 125 Absatz 5 bleibt unverändert. Danach setzt die Schiedsstelle Vertragsinhalt oder Preise „innerhalb von drei Monaten“ fest, wenn bis zum Ablauf einer vereinbarten Vertragslaufzeit keine Einigung zustande kommt (Satz 1). Vor diesem Zeitpunkt beginnt das Schiedsverfahren nach Satz 2 nur „für den erstmaligen Abschluss der Verträge“, wenn eine Vertragspartei die Verhandlungen für gescheitert erklärt und die Schiedsstelle anruft. Zahlbeträge zum Ausgleich von Vergütungsausfällen sieht Satz 3 nur vor, wenn die Schiedsstelle „erst nach Ablauf von drei Monaten ihre Entscheidung“ trifft, und nur für Ausfälle, die „durch die verzögerte Entscheidung der Schiedsstelle entstanden sind“. Bis zur Entscheidung gelten der bisherige Vertrag und die bisherigen Preise fort (Satz 4). Nach der Begründung werden die Schiedsverfahren „durch die Abschaffung von Vorverfahren und den Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen [...] beschleunigt und entbürokratisiert“ (S. 104 f.).

b) Bewertung des SHV

Der SHV begrüßt die Bündelung des Schiedswesens. Sie schafft Übersichtlichkeit und vereinheitlicht die Verfahren. Ebenso begrüßt der SHV, dass die Besonderheiten der Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6, insbesondere die getrennte Besetzung je Leistungsbereich, erhalten bleiben und § 125 Absatz 5 unverändert bleibt.

Für die Heilmittelversorgung ist allerdings festzuhalten, dass die vom Entwurf hervorgehobenen Beschleunigungsinstrumente bereits geltendes Recht sind. Nach § 125 Absatz 6 Satz 10 in Verbindung mit § 129 Absatz 9 Satz 7 haben Klagen gegen Festsetzungen der Schiedsstelle schon heute keine aufschiebende Wirkung. Für Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde folgt dies aus § 125 Absatz 6 Satz 12, und ein Vorverfahren findet nach Satz 13 nicht statt. Der SHV begrüßt, dass § 71d Absatz 6 diese bewährten Regeln fortführt. Eine zusätzliche Beschleunigung der Heilmittel-Schiedsverfahren bewirkt die Neuordnung jedoch nicht.

Die vom Entwurf beschriebene Behäbigkeit bleibt für die Schiedsstellen nach § 71d damit bestehen. Die Frist von drei Monaten in § 71d Absatz 1 Satz 2 bleibt

ohne Rechtsfolge und es ist nicht geregelt, wann sie beginnt. § 125 Absatz 5 Satz 2 regelt den Beginn des Schiedsverfahrens nur für den Zeitraum vor dem erstmaligen Vertragsabschluss. Für die Schiedsämter bestimmt § 71b Absatz 3 Satz 3 dagegen, dass das Verfahren mit dem Antrag beginnt.

Für die Leistungserbringer im Heilmittelbereich wiegt jedoch eine andere Lücke schwerer: Die Vergütungswirkung eines Schiedsspruchs hängt vom Zeitpunkt der Anrufung und der Entscheidung ab, nicht vom Ablauf der Vertragslaufzeit. Läuft eine Vergütungsvereinbarung beispielsweise zum 31. Dezember aus und ruft eine Vertragspartei nach gescheiterten Verhandlungen die Schiedsstelle an, kann diese innerhalb der Dreimonatsfrist bis zum 31. März des Folgejahres entscheiden. Bei einer Einigung hätten die neuen Preise ab dem 1. Januar gegolten. Nach § 125 Absatz 5 Satz 4 gelten bis zur Entscheidung jedoch die bisherigen Preise fort und Zahlbeträge sieht Satz 3 nur für Entscheidungen nach Ablauf von drei Monaten und nur für die durch diese Verzögerung entstandenen Ausfälle verpflichtend vor.

Diese Rechtsunsicherheit geht allein zulasten der Leistungserbringer. Jedes Schiedsverfahren verschiebt die Vergütungsanpassung über den Ablauf der Vertragslaufzeit hinaus, auch wenn die Schiedsstelle alle Fristen einhält. Damit entsteht ein Anreiz für die GKV, eine Einigung nicht vor Ablauf der Vertragslaufzeit herbeizuführen. Zweck des § 125 Absatz 5 Satz 3 ist es, Vergütungsausfälle der Leistungserbringer aus dem Schiedsverfahren auszugleichen. Dieser Zweck ist nur erreicht, wenn der Ausgleich an den Ablauf der Vertragslaufzeit anknüpft. Zugleich sollte Satz 2 klarstellen, dass die Schiedsstelle auch bei Folgeverträgen bereits vor Ablauf der Vertragslaufzeit angerufen werden kann, damit sie möglichst rechtzeitig entscheiden kann. Als Spezialregelung geht § 125 Absatz 5 der allgemeinen Frist des § 71d Absatz 1 Satz 2 vor (vgl. Begründung, S. 168).

Zudem verändert § 71d die Beschlussregeln der Schiedsstelle Heilmittel. Bislang gibt sich die Schiedsstelle selbst eine Geschäftsordnung und entscheidet mit der Mehrheit ihrer Mitglieder (§ 125 Absatz 6 Satz 10 in Verbindung mit § 129 Absatz 9 Satz 1 und 5). Künftig entscheiden über die Geschäftsordnung allein die unparteiischen Mitglieder im Benehmen mit den Vereinbarungspartnern und für Entscheidungen genügt die Mehrheit der Stimmen. Regelungen zur Beschlussfähigkeit enthält § 71d nicht. Die Begründung erläutert diese Änderungen nicht (S. 168). Für die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 sollte es bei den bisherigen Regeln bleiben, zumal die Geschäftsordnung künftig auch über digitale und hybride Sitzungen bestimmt (II.4).

Schließlich fehlt eine Übergangsregelung. Es sollte klargestellt werden, dass bestehende Schiedsstellen in ihrer Besetzung bis zum Ablauf der laufenden

Amtsdauer fortbestehen, ihre Geschäftsordnungen fortgelten und anhängige Verfahren ohne Unterbrechung fortgeführt werden.

Der SHV fordert, in § 125 Absatz 5 rechtssicher zu regeln, dass die Schiedsstelle Vergütungsausfälle ab dem Tag nach Ablauf der Vertragslaufzeit durch Zahlbeträge ausgleicht, unabhängig davon, wann sie angerufen wird und ob sie innerhalb der Dreimonatsfrist entscheidet. Zudem fordert der SHV, den Verfahrensbeginn und die Beschleunigungsinstrumente der Schiedsämter auf die Schiedsstellen nach § 71d zu übertragen, für die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 die bisherigen Beschlussregeln zu erhalten und eine Übergangsregelung aufzunehmen.

c) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 35 (§ 71d SGB V) wird wie folgt geändert:

1. Der Absatz 1 wird dahingehend geändert, dass der Anwendungsbereich auch für Vereinbarungen nach § 125a Absatz 1 SGB V geöffnet wird. Er wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach §§ 75 Absatz 3b, 111 Absatz 2, Absatz 5 oder Absatz 7, 111a Absatz 1, 111c Absatz 1, Absatz 3 oder Absatz 5, 125 Absatz 1, 125a Absatz 1, 127 Absatz 1 und Absatz 4, 129 Absatz 2, 5c, 5d, 5e und 5h, 130b Absatz 1, 131 Absatz 1, 132a Absatz 1, 132e Absatz 1a, 132l Absatz 1, 134 Absatz 1, 134a Absatz 1, 300 Absatz 3 oder 346 Absatz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Inhalt durch die jeweils zuständige Schiedsstelle festgelegt. Die Festlegung erfolgt innerhalb von drei Monaten. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vereinbarungspartner zu gleichen Teilen, sofern nicht durch Rechtsverordnung oder Geschäftsordnung anders bestimmt.“

2. Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Das Schiedsverfahren beginnt mit dem bei der Schiedsstelle gestellten Antrag einer Vereinbarungspartei; ist für das Zustandekommen der Vereinbarung eine gesetzliche Frist bestimmt, beginnt es mit deren Ablauf, ohne dass es eines Antrags bedarf.“

3. Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Setzt die Schiedsstelle innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 2 keinen Inhalt fest, setzt die zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist von höchstens einem Monat zur Festsetzung. Nach Ablauf dieser Frist setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle den Inhalt fest. Sie können auf

Kosten der Vereinbarungspartner Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben.“

4. Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Schiedsstellen, die am … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens Artikel 19 Absatz 1] bestehen, bestehen in ihrer bisherigen Besetzung bis zum Ablauf der Amtsdauer ihrer Mitglieder fort; ihre Geschäftsordnungen gelten fort, bis sie geändert werden. Zu diesem Zeitpunkt anhängige Schiedsverfahren werden von der bisherigen Schiedsstelle fortgeführt.“

Artikel 1 Nummer 74 wird wie folgt geändert:

1. Nach Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

„c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
„Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht bis zum Ablauf einer von den Vertragspartnern vereinbarten Vertragslaufzeit zustande oder können sich die Vertragspartner nicht bis zum Ablauf dieser Frist auf die Preise für die einzelnen Leistungspositionen oder eine Anpassung dieser Preise einigen, werden der Inhalt des Vertrags oder die Preise innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach Absatz 6 festgesetzt.“

bb) In Satz 2 werden die Wörter „für den erstmaligen Abschluss der Verträge gestrichen“ und er wird damit wie folgt gefasst:

„Das Schiedsverfahren beginnt vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt, wenn mindestens eine Vertragspartei die Verhandlungen ganz oder teilweise für gescheitert erklärt und die Schiedsstelle anruft.“

cc) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

‚Trifft die Schiedsstelle ihre Entscheidung erst nach dem jeweils in Satz 1 genannten Zeitpunkt, sind neben der Festsetzung der Preise auch Zahlbeträge zu beschließen, durch die die Vergütungsausfälle ausgeglichen werden, die bei den Leistungserbringern dadurch entstanden sind, dass die festgesetzten Preise nicht bereits ab dem auf diesen Zeitpunkt folgenden Tag abgerechnet werden konnten; dies gilt unabhängig vom Zeitpunkt der Anrufung der Schiedsstelle und auch dann, wenn die Schiedsstelle innerhalb der Frist nach Satz 1 entscheidet.‘“

2. Der bisherige Buchstabe c wird Buchstabe d. In diesem Buchstaben wird dem § 125 Absatz 6 folgender Satz angefügt:

„Abweichend von § 71d Absatz 3 Satz 2 und 6 sowie Absatz 3a Satz 2 beschließt die Schiedsstelle über ihre Geschäftsordnung und trifft ihre Entscheidungen mit der Mehrheit ihrer Mitglieder."

3. Hilfsweise, falls die Änderungen des § 71d Absatz 1 und 3a nicht für alle Schiedsstellen übernommen werden, sind sie als Sonderregelung für die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 aufzunehmen.

Begründung zu Artikel 1 Nummer 74 Buchstabe c (neu): Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Schiedsstelle Vergütungsausfälle, die den Leistungserbringern ab dem Ablauf der Vertragslaufzeit bis zu ihrer Entscheidung entstehen, durch Zahlbeträge ausgleicht. Der Ausgleich knüpft an den Zeitpunkt an, zu dem die neuen Preise bei einer Einigung der Vertragspartner gegolten hätten, und hängt nicht davon ab, wann die Schiedsstelle angerufen wird und ob sie innerhalb der Dreimonatsfrist entscheidet. Die Fortgeltung des bisherigen Vertrags und der bisherigen Preise bis zur Entscheidung nach Satz 4 bleibt unberührt. Eine Korrektur bereits abgerechneter Leistungen ist nicht erforderlich. Die Streichung in Satz 2 stellt klar, dass die Schiedsstelle auch bei Folgeverträgen bereits vor Ablauf der Vertragslaufzeit angerufen werden kann.

4. Digitale und hybride Sitzungen von Selbstverwaltungsorganen

a) Regelung im Entwurf

Der Entwurf schafft für verschiedene Gremien die ausdrückliche Befugnis, digitale und hybride Sitzungen vorzusehen: für Schiedsämter und sektorenübergreifende Schiedsgremien (§ 71b Absatz 11 Satz 2, § 71c Absatz 11 Satz 2, S. 22 und 25), für die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (§ 81 Absatz 6, S. 27), die Landesausschüsse (§ 90 Absatz 3, S. 28) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2, S. 28). Für die Schiedsstellen nach § 71d, zu denen die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 gehört, gilt: „Die Schiedsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung, in der sie auch Regelungen zur Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen treffen kann." (§ 71d Absatz 3 Satz 1, S. 25). Über die Geschäftsordnung entscheiden die unparteiischen Mitglieder im Benehmen mit den Vereinbarungspartnern (§ 71d Absatz 3 Satz 2).

Nach der Begründung zu § 71b, auf die die Begründung zu § 71d verweist, ist die Ermächtigung „nicht an Voraussetzungen geknüpft und eröffnet damit einen weiten Gestaltungsspielraum". Sitzungsformate können an technische Voraussetzungen geknüpft oder für bestimmte Sitzungen ausgeschlossen werden. Die Regelungen sollen der besonderen Situation der Schiedsaufgaben

Rechnung tragen, „indem eventuelle Erfordernisse für Sitzungen in Präsenz berücksichtigt werden“ (S. 167). Dabei seien „insbesondere die jeweiligen Vorgaben zur Beschlussfähigkeit zu beachten“ (S. 168). Die Geschäftsordnungsregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit (S. 174). Nennenswerter Erfüllungsaufwand entstehe nicht. Vielmehr könnten Reisekosten und Zeitaufwand eingespart werden (S. 143).

b) Bewertung des SHV

Der SHV begrüßt die Regelung. Die Verbände der Heilmittelerbringer sind in der Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 vertreten und am Stellungnahmeverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Heilmittel-Richtlinie beteiligt (§ 92 Absatz 6 Satz 2). Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt (§ 71d Absatz 3 Satz 3). Digitale und hybride Formate senken Reise- und Zeitaufwand und erleichtern die kurzfristige Terminfindung. Das kann auch zur Beschleunigung der Schiedsverfahren beitragen.

Das Gesetz sollte jedoch Mindestanforderungen festlegen. Über die Geschäftsordnung entscheiden künftig die unparteiischen Mitglieder nur im Benehmen mit den Vereinbarungspartnern (II.3). Die Erwartung der Begründung, Erfordernisse für Präsenzsitzungen und Vorgaben zur Beschlussfähigkeit zu berücksichtigen, findet im Normtext keinen Niederschlag. Vorgaben zur Beschlussfähigkeit enthält § 71d nicht. Alle Mitglieder müssen gleichberechtigt teilnehmen können, auch bei Beratung, Abstimmung und vertraulichen Sitzungsteilen. Gerade in Schiedsverfahren über Vergütungen kann eine mündliche Verhandlung in Präsenz geboten sein. Jede Vereinbarungspartei sollte sie aus wichtigem Grund verlangen können.

Für die Heilmittelverbände sind darüber hinaus die mündlichen Anhörungen im Stellungnahmeverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses von Bedeutung. Die Begründung zu § 91 bezieht sich auf die Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (S. 174). Der SHV regt an klarzustellen, dass die Regelungen auch die digitale oder hybride Teilnahme Stellungnahmeberechtigter an mündlichen Anhörungen umfassen können.

Der SHV fordert, für digitale und hybride Sitzungen der Schiedsstellen die gleichberechtigte Teilnahme aller Mitglieder und eine Präsenzverhandlung auf Verlangen gesetzlich abzusichern.

c) Änderungsvorschlag

1. In Artikel 1 Nummer 35 wird dem § 71d Absatz 3 folgender Satz angefügt:

„Regelungen zu digitalen und hybriden Sitzungen müssen gewährleisten, dass alle Mitglieder gleichberechtigt an Beratung und Beschlussfassung teilnehmen können, und vorsehen, dass auf Verlangen einer Vereinbarungspartei aus wichtigem Grund in Präsenz verhandelt wird."

2. Für die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 gilt die unter II.3 c) vorgeschlagene Sonderregelung zur Beschlussfassung über die Geschäftsordnung.

3. In der Begründung zu Artikel 1 Nummer 47 (§ 91 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2) wird klargestellt, dass die Regelungen auch die Teilnahme Stellungnahmeberechtigter an mündlichen Anhörungen im Wege zeitgleicher Bild- und Tonübertragung umfassen können.

5. Klarstellung zur Blankoverordnung bei der Heilmittelabgabe durch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen (§ 124 Absatz 5 Satz 3)

a) Regelung im Entwurf

Nach Artikel 1 Nummer 73 (S. 36) wird § 124 Absatz 5 Satz 3 wie folgt gefasst: „Für die in Satz 1 genannten Einrichtungen gelten die nach § 125 Absatz 1 und § 125a Absatz 1 abgeschlossenen Verträge entsprechend; einer Anerkennung der Verträge nach § 125 Absatz 1 bedarf es nicht."

Die Begründung stellt klar, dass die Zulassung von Leistungserbringern „nicht davon abhängig [ist], ob der Leistungserbringer an der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a (Blankoverordnung) teilnehmen möchte", und: „Unabhängig von der Frage der Zulassung ist eine Versorgung auf Grundlage einer Blankoverordnung nur unter Einhaltung der Verträge nach § 125a möglich." Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen werde klargestellt, „dass für die genannten Einrichtungen auch die abgeschlossenen Verträge nach § 125a Absatz 1 entsprechend Anwendung finden" (S. 185 f.). Im Allgemeinen Teil der Begründung ist dagegen von den „gemäß § 125 Absatz 1 SGB V geschlossenen Verträge[n]" die Rede (S. 107).

b) Bewertung des SHV

Der SHV begrüßt die Klarstellung. Versicherte, die von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen oder vergleichbaren Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 mit Heilmitteln versorgt werden, erhalten damit Zugang zur Versorgung auf Grundlage einer Blankoverordnung. Ebenso begrüßt der SHV die Klarstellung in der Begründung, dass die Zulassung nicht von der Teilnahme an der Blankoverordnung abhängt.

Die Gleichbehandlung muss in beide Richtungen gelten. Die Verträge nach § 125a knüpfen die Versorgung an besondere Voraussetzungen und Pflichten. § 125a Absatz 2 nennt unter anderem einheitliche Abrechnungsregeln, Richtwerte zur Versorgungsgestaltung, Maßnahmen gegen eine unverhältnismäßige Mengenausweitung, die auch Vergütungsabschläge vorsehen können, sowie Vorgaben zur Information der Ärztin oder des Arztes. Da die Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 die Verträge nicht anerkennen müssen, sollte das Gesetz ausdrücklich festhalten, dass die entsprechende Geltung alle Rechte und Pflichten aus den Verträgen einschließt, wie es die Begründung mit dem Erfordernis der „Einhaltung der Verträge nach § 125a“ (S. 186) voraussetzt. Andernfalls drohen unterschiedliche Bedingungen innerhalb derselben Versorgungsform.

Redaktionell ist der Allgemeine Teil der Begründung (S. 107) an den Gesetzestext anzupassen, der zutreffend auf die Verträge nach § 125a Absatz 1 verweist.

Der SHV fordert klarzustellen, dass für Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 bei der Blankoverordnung dieselben Rechte und Pflichten gelten wie für zugelassene Leistungserbringer.

c) Änderungsvorschlag

1. Artikel 1 Nummer 73 wird wie folgt gefasst:

„73. § 124 Absatz 5 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt: ‚Für die in Satz 1 genannten Einrichtungen gelten die nach § 125 Absatz 1 und § 125a Absatz 1 abgeschlossenen Verträge mit allen sich aus ihnen ergebenden Rechten und Pflichten entsprechend; einer Anerkennung der Verträge nach § 125 Absatz 1 bedarf es nicht.‘“

2. Im Allgemeinen Teil der Begründung (S. 107) wird die Angabe „gemäß § 125 Absatz 1 SGB V“ durch die Angabe „gemäß § 125a Absatz 1 SGB V“ ersetzt.

III. Schlussbemerkung

Der Referentenentwurf enthält für die Heilmittelversorgung zwar Schritte zum Bürokratieabbau und zur Weiterentwicklung der Versorgung in der Physiotherapie, bleibt aber weit hinter den Möglichkeiten zurück, die mit diesen Themen verbunden sein könnten. Es ist zu erwarten, dass weder der Bürokratieabbau noch die Weiterentwicklung der Versorgung spürbar in den Praxen ankommen. Aus diesem Grund weist der SHV darauf hin, dass die Heilkundeausübung unmittelbar im neuen Berufsgesetz zu regeln ist, die

Versorgung im Direktzugang in der GKV zwischen den Vertragspartnern nach § 125 Absatz 1 zu vereinbaren ist und dass es eines gesetzlichen Mindestkatalogs von Formfehlern bedarf, die nicht zu Retaxationen führen. Der SHV steht dem Bundesministerium für Gesundheit für die weitere Ausgestaltung gern zur Verfügung.

Literatur:
[1] 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, 27, 75. https://doi.org/10.1186/s12875-026-03186-9
[2] Severijns P, Goossens N, Dankaerts W, et al. Physiotherapy-led care versus physician-led care for persons with low back pain: A systematic review. Clinical Rehabilitation. 2024;38(12):1571-1589. doi:10.1177/02692155241282987
[3] Gallotti, M.; Campagnola, B.; Cocchieri, A.; Mourad, F.; Heick, J.D.; Maselli, F. Effectiveness and Consequences of Direct Access in Physiotherapy: A Systematic Review. J. Clin. Med. 2023, 12, 5832. https://doi.org/10.3390/jcm12185832
[4] Hon et al. (2021). Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis. Physical Therapy & Rehabilitation Journal | Physical Therapy, 2021;101:1–11. DOI: 10.1093/ptj/pzaa201
[5] Abuhl, B., Ehrmantraut, D. & Wolden, M. First-Contact Physical Therapy Compared to Usual Primary Care for Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Physical Therapy 2025;105(8). https://doi.org/10.1093/ptj/pzaf080
[6] Walsh NE, Berry A, Halls S, Thomas R, Stott H, Liddiard C, et al. Clinical and cost-effectiveness of first contact physiotherapy for musculoskeletal disorders in primary care: the FRONTIER, mixed method realist evaluation. Health Soc Care Deliv Res 2024;12(49). https://doi.org/10.3310/RTKY7521
[7] Ho-Henriksson, C.-M. et al. (2022): Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care- a cost-effectiveness analyses of a pragmatic trial. BMC Musculoskeletal Disorders (2022) 23:260