



AOK-Positionspapier

Transformation in eine zukunftsfähige Heilmittelversorgung

Ein Konzept der AOK-Gemeinschaft zur Verbesserung
der Qualität und Effizienz



Impressum

AOK-Bundesverband eGbR

Geschäftsführender Vorstand:

Dr. Carola Reimann (Vorstandsvorsitzende)

Jens Martin Hoyer (stellvertretender Vorsitzender)

Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Telefon: (030) 346 46-0

Telefax: (030) 346 46 25 02

Internet: aok.de/pp/bv

E-Mail: AOK-Bundesverband@bv.aok.de

Redaktion und grafische Gestaltung:

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

verlag@kompart.de, kompart.de

Titelfoto: iStock.com/AndreyPopov

Illustrationen: AOK

Stand: November 2024

Inhalt

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	6
2 Heilmittelversorgung in Deutschland	8
3 Überfällige Ausbildungsreform	12
4 Mehrwert einer Teilakademisierung	14
5 Bausteine für die Transformation der Heilmittelversorgung	16
5.1 Eine gute Therapie darf kein Zufall mehr sein	16
5.2 Die Kompetenz der Therapierenden für die Behandlungsgestaltung nutzen und den Versorgungsprozess entbürokratisieren	18
5.3 Therapiefreiheit und wirtschaftliche Verantwortung gehören zusammen	21
5.4 Interdisziplinäre Versorgung eröffnet neue Chancen	24
6 Ausblick	27

Zusammenfassung

Die ambulante Heilmittelversorgung wurde in den vergangenen Legislaturperioden grundlegend reformiert. Überwiegend stand hierbei die Erhöhung der Vergütungssätze und die Vereinheitlichung der vertraglichen Grundlagen auf Bundesebene im Fokus. Zentrale Forderungen der GKV, wie die Absicherung der Finanzierbarkeit, die Überprüfung der Heilmittelmaßnahmen hinsichtlich ihres therapeutischen Nutzens und die Aktualisierung der Berufsgesetze der unterschiedlichen Heilmittelberufe, wurden dabei nur unzureichend aufgegriffen.

Es wird immer deutlicher, dass die aktuellen Herausforderungen der Heilmittelversorgung, wie die sinkenden Auszubildendenzahlen und der damit drohende Fachkräftemangel, nicht allein durch zusätzliche finanzielle Mittel beseitigt werden können. Zur Steigerung der Berufsattraktivität müssen daher zusätzlich zu der bereits erfolgten deutlichen Steigerung der Leistungsentgelte weitere Handlungsfelder in den Blick genommen werden, auch um die Potenziale der Heilmittelerbringenden nachhaltig zu entfalten.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft fehlt es aktuell an einem Konsens über die Perspektive der Heilmittelversorgung. Es ist an der Zeit, diese ganzheitlich zu überdenken und dabei Qualität, Nachhaltigkeit und Effizienz der durchgeführten Maßnahmen in den Mittelpunkt zu stellen.

Die Finanzausstattung der Heilmittelversorgung wurde stark verbessert

Im Zeitraum 2015 bis 2023 verdoppelten sich die Heilmittelausgaben der GKV von sechs Mrd. Euro auf zwölf Mrd. Euro überproportional im Verhältnis zu den übrigen Leistungsausgaben. Dabei erhöhte sich die Zahl der mit den AOKs abrechnenden Praxen insgesamt nur leicht. Die konsolidierten Versorgungsstrukturen werden somit mittlerweile deutlich besser vergütet, weitere gesetzgeberische Maßnahmen, welche primär zu Ausgabensteigerungen ohne erkennbaren

Mehrwert für die Heilmittelversorgung führen, sind daher grundsätzlich abzulehnen.

Überfällige Ausbildungsreformen zügig nachholen

Ein wichtiger Schritt hin zu einer zukunftsfähigen Heilmittelversorgung liegt in der Novellierung und damit einhergehend bundesweiten Aufwertung und Standardisierung der Ausbildungen. Alle Heilmittelerbringenden sollten befähigt sein, möglichst umfassend und autonom therapeutisch tätig zu werden. Der vorliegende Entwurf eines Physiotherapieberufereformgesetzes bleibt hier hinter den Erwartungen zurück. Sogenannte Zertifikatsleistungen sollten deutlich stärker in die Ausbildung integriert werden, damit Absolventinnen und Absolventen ohne kostenintensive und zeitaufwendige Weiterbildungen direkt qualifiziert sind, diese Leistungen sachgerecht zu erbringen.

Ein Nebeneinander der fachschulischen und akademischen Ausbildung ist zur quantitativen sowie zur qualitativen Sicherstellung der Heilmittelversorgung bei wachsenden Versorgungsbedarfen unabdingbar. Die im Entwurf des Physiotherapieberufereformgesetzes vorgesehene Teilakademisierung ist daher zu begrüßen. Durch die Verstärkung der akademischen Ausbildungsoption können wissenschaftliche Strukturen entstehen, die Forschung und Ausbildung international anschlussfähig machen. Die weitergehenden wissenschaftlichen Kompetenzen ermöglichen auch die Erarbeitung und Umsetzung von heilmittelspezifischen Behandlungspfaden und Leitlinien, die den Therapieprozess standardisieren und somit verbessern können.

Eine bundesweit verankerte Schulgeldfreiheit ist wichtig, um die Attraktivität der Ausbildung in den Heilmittelberufen zu fördern bzw. die bestehende Benachteiligung gegenüber anderen Gesundheitsfachberufen zu beheben. Die Finanzierung von Ausbildungsangeboten ist allerdings eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und somit steuerfinan-

ziert zu tragen. Eine mittelbare oder unmittelbare Finanzierung der anfallenden Ausbildungskosten durch die Beitragszahler der GKV ist daher entschieden abzulehnen.

Die Kompetenz der Therapierenden für die Behandlungsgestaltung nutzen

Die Expertise der Heilmittelerbringenden sollte zukünftig vermehrt in die Behandlungsplanung und -steuerung einfließen. Vor dem Hintergrund der noch ausstehenden Ausbildungsreformen ist es derzeit aber weiter zielführend, dass zunächst eine Ärztin oder ein Arzt die Indikation sowie die medizinische Notwendigkeit einer Heilmittelversorgung feststellt. Sukzessive sollte den Heilmittelerbringenden mehr Raum für eigene Therapieentscheidungen überlassen werden. Detaillierte Angaben auf der Verordnung sind bei entsprechender Kompetenz der Therapierenden nicht notwendig.

Zum 1. April 2024 hat in der Ergotherapie für ausgewählte Indikationsbereiche erstmalig die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungskompetenz (Blankoverordnung) gestartet. Auf diesen Heilmittelverordnungen werden durch die verordnenden Ärztinnen und Ärzte keine weiteren Angaben zum Heilmittel, zur Therapiefrequenz oder Zahl der Behandlungseinheiten gemacht. Auch im Bereich der Physiotherapie sind indikationsspezifische Regelungen zur Blankoverordnung zum 1. November 2024 eingeführt worden. Die Einführung eines Direktzugangs erscheint vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen und der aktuell noch sehr unterschiedlichen Ausbildungsstandards wenig sinnvoll. Die weitere Gestaltung der Rahmenbedingungen für den Zugang zu Heilmittelerbringenden sollte stattdessen auf den Erfahrungen aus der neuen Blanko-Versorgungsrealität aufbauen.

Therapiefreiheit und wirtschaftliche Verantwortung gehören zusammen

Die wirtschaftliche Verantwortung der Heilmittelversorgung liegt aktuell bei der Vertragsärzteschaft. Dabei unterliegen bestimmte Heilmittelverordnungen teilweise oder gar nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Deren steuernde Wirkung ist daher wenig zielgenau, Fehlanreize sind zu befürchten. Dass die Versorgung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten durch ihre Sonderstellung auf Kosten derjenigen mit akutem Behandlungsbedarf bevorzugt wird, sollte kritisch hinterfragt werden. Mehr Partizipation der Heilmittelerbringenden im Sinne von Therapieverantwortung bedeutet auch, diese vollumfänglich in die wirtschaftliche Verantwortung für die von ihnen initiierten Heilmitteltherapien einzubeziehen. Es bedarf daher klarer gesetzlicher Regelungen im SGB V zur Übernahme der Wirtschaftlichkeitsverantwortung durch die Heilmittelerbringenden.

Interdisziplinäre Versorgung eröffnet neue Chancen

Eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung sollte sich an den regionalen Versorgungsbedarfen der Patientinnen und Patienten orientieren und durch interdisziplinäre Zusammenarbeit Kontinuität und Qualität zum Ziel haben. Die Einbindung von Heilmittelerbringenden in Primärversorgungszentren (PVZ) sowie die Weiterentwicklung von therapeutischen Einzelpraxen zu Heilmittelversorgungszentren (HVZ) wären sinnvolle Ergänzungen zur bisherigen Einzelpraxis-Struktur. Eine Spezialisierung der HVZs auf die Behandlung von beispielsweise neurologischen oder geriatrischen Erkrankungsbildern könnte zu einer Bündelung von Kompetenzen und Kapazitäten führen und damit zu einer qualitativ höherwertigen Versorgung bei effizienter Nutzung von Ressourcen. Eine zentrale Therapiesteuerung und -koordination durch entsprechend qualifizierte und erfahrene Heilmittelerbringende schafft zusätzlich neue Berufsperspektiven.

1 Einleitung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, die sich durch den medizinisch-technischen Fortschritt allein nicht lösen lassen, sondern auch die Beseitigung von Defiziten im Versorgungssystem adressieren müssen.¹ Hierzu zählen neben der Digitalisierung auch die Über-, Unter- und Fehlversorgung im ambulanten Sektor sowie die Herausforderungen des durch den demografischen Wandel verstärkten Fachkräftemangels bei gleichzeitig steigendem Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft.

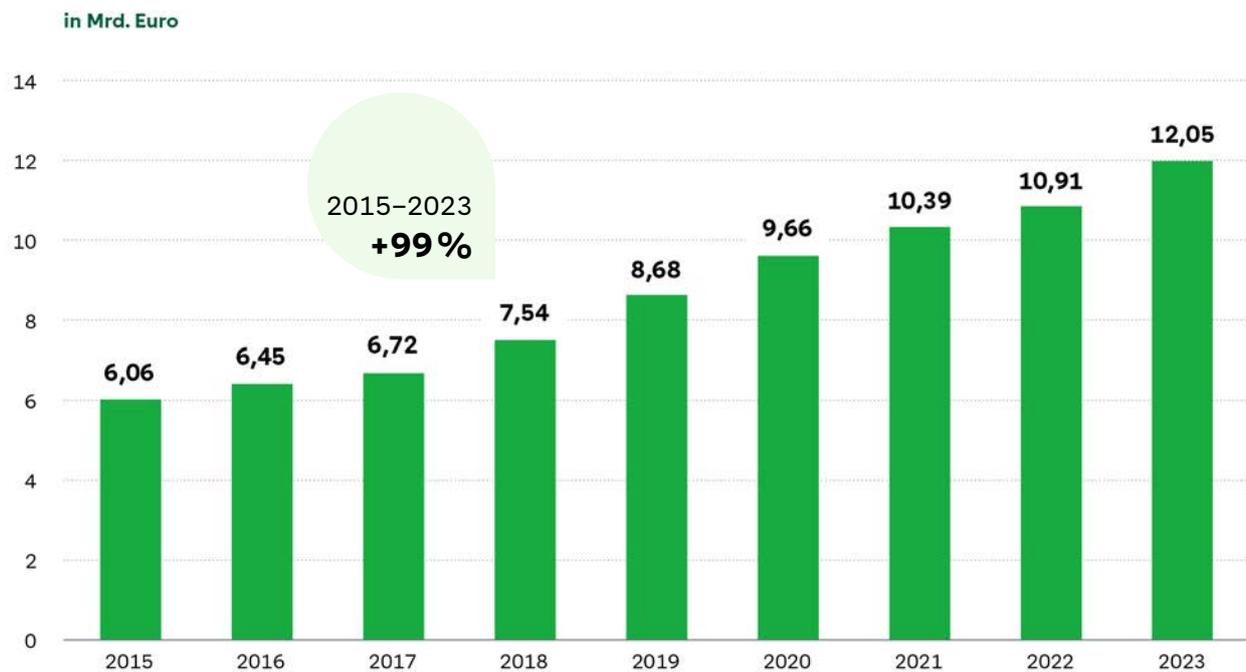
Die Versorgung mit Heilmitteln durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) stellt einen wichtigen Bestandteil der ambulanten Versorgung dar. Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland zwar über eine vergleichsweise hohe Dichte an Heilmittelpraxen und Heilmittelerbringenden, andererseits gibt es auch Hinweise auf einen ausgewiesenen Fachkräftemangel und moderate bzw. rückläufige Ausbildungszahlen.² Durch weitreichende gesetzliche Neuregelungen hat der Gesetzgeber bereits versucht auf diese Entwicklungen zu reagieren. Hierzu wurde die Heilmittelversorgung in den letzten acht Jahren

kontinuierlich umstrukturiert. Zu den wichtigsten gesetzlichen Veränderungen zählen das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG, 2015), das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG, 2017), das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG, 2019) sowie das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG, 2021).

Auch wenn alle Gesetze vor dem Hintergrund einer Optimierung der Versorgung formuliert wurden, führten diese hauptsächlich zu einem überproportionalen Anstieg der Leistungsausgaben im Vergleich zur Entwicklung der Gesamtausgaben in der GKV. So stiegen die Leistungsausgaben der GKV in den Jahren 2015 bis 2023 von 202 Milliarden Euro auf 283,6 Mrd. Euro und somit um 40,4 Prozent an. Betrachtet man den Heilmittelbereich isoliert, zeigt sich ein Anstieg von 6,05 auf 12,03 Mrd. Euro und somit eine Verdoppelung der Ausgaben im gleichen Zeitraum. Lag der Anteil der Heilmittelausgaben gemessen an den Leistungsausgaben im Jahr 2015 noch bei 3 Prozent, beträgt dieser nun bereits 4,3 Prozent.

- [1] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten 2018. → svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (Stand: 11.01.2024).
- [2] Bundesagentur für Arbeit [BA] (2022). Engpassanalyse. → statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Fachkraeftebedarf/Engpassanalyse-Nav.html (Stand: 02.08.2023). World Confederation for Physical Therapy [WCPT] (2018). Umfrage der Weltkonföderation für Physiotherapie. → world.physio/de/news/surveys-reveal-global-state-of-the-physical-therapy-profession (Stand: 02.08.2023).

**Abbildung 1: Entwicklung der Heilmittelausgaben der GKV
„Endgültige Rechnungsergebnisse“ (KJ1-Statistik 2015–2023)**



Weitere gesetzliche und normative Anpassungen, wie zum Beispiel

- der Wegfall der verpflichtenden Vereinbarung von „Richtgrößenprüfungen“ und die zeitgleiche Regionalisierung der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
- die Verlagerung der Verhandlungskompetenz von der Landes- auf die Bundesebene,
- die Neuorganisation des Zulassungsverfahrens,
- die Schaffung einer Vertragsoption zur Umsetzung der Blankoverordnung,
- die Einführung der telemedizinischen Leistungserbringung,
- die Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie,
- die Vereinheitlichung der Verordnungsmuster sowie
- der Einsatz einer zertifizierten Praxisverwaltungsoftware zur Heilmittelverordnung

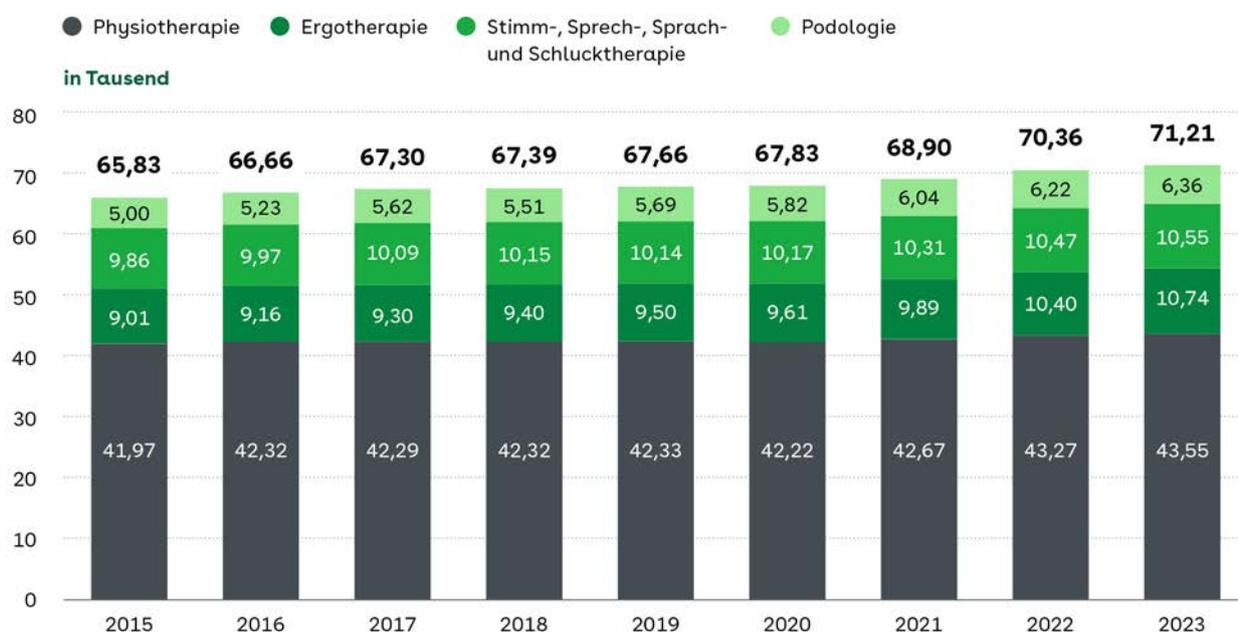
fürten bisher entweder nicht zu der beabsichtigten Entbürokratisierung oder sind noch nicht in allen Heilmittelbereichen umgesetzt. Vor allem aber haben diese Anpassungen nicht zu einer spürbaren qualitativen Verbesserung der Heilmittelversorgung geführt.

2 Heilmittelversorgung in Deutschland

Die Entwicklung der mit den AOKs abrechnenden Heilmittelpraxen ist im Zeitraum von 2015 (65.831) bis 2023 (71.206) in allen Heilmittelbereichen positiv. Auffällig ist, dass im größten Heilmittelbereich

Physiotherapie die geringsten Zuwächse (+3,8%) zu verzeichnen sind, wohingegen die Bereiche Ergotherapie (+19,2%) und Podologie (+27,2%) überdurchschnittliche Zuwachsraten verzeichnen.

Abbildung 2: Entwicklung der mit der AOK-Gemeinschaft abrechnenden Heilmittelpraxen (inkl. Krankenhäuser) 2015–2023 (WIdO-Daten 2015–2023)



An dieser Stelle muss jedoch auf die eingeschränkte Aussagekraft der o.g. Entwicklung hingewiesen werden, da die Zahl der tatsächlich in den Heilmittelpraxen tätigen Fachkräfte der GKV nicht bekannt ist. Allerdings ist davon auszugehen, dass in den Bereichen Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST) und Podologie, insbesondere im Vergleich mit der Physiotherapie, kleinere Praxisseinheiten Leistungen abgeben und somit mit der Zunahme der abrechnenden Heilmittelpraxen das Leistungsangebot erweitert wurde. Auch der Anstieg der versorgten Patientinnen und Patienten sowie der abgerechneten Verordnungen zeigt einen positiven Mengeneffekt. So stieg die Zahl der mit

Heilmittel versorgten Patientinnen und Patienten von ca. 4,9 Millionen im Jahr 2015 auf ca. 5,1 Mio. im Jahr 2023 an (siehe Abbildung 3).

Diese positiven Mengeneffekte zeigen sich überwiegend in den Bereichen Ergotherapie, SSSST und Podologie. Im Bereich der Physiotherapie ist trotz Anstieg der abrechnenden Praxen nur eine leichte Zunahme der behandelten Patientinnen und Patienten zu verzeichnen.

Abbildung 3: Entwicklung der mit Heilmitteln versorgten Patientinnen und Patienten und der abgerechneten Verordnungen (VO; 2015 vs. 2023) (WIdO-Daten 2015 und 2023)

	2015		2023		Veränderung in %	
	VO	Patienten	VO	Patienten	VO	Patienten
Ergotherapie	892.216	313.693	1.091.424	425.942	22,3	35,7
Podologie	740.429	360.068	790.059	438.358	6,7	21,7
SSSST	669.519	277.763	765.922	340.792	14,4	22,7
Physiotherapie	10.588.341	4.315.943	10.860.673	4.376.477	2,6	1,4
Gesamt	12.890.505	4.899.384	13.508.078	5.090.128	4,8	3,9

Die Ursache für diese unterschiedlichen Entwicklungen könnte darin liegen, dass in den drei Heilmittelbereichen mit einem positiven Trend (Ergotherapie, SSSST, Podologie) neben einer deutlichen Steigerung der Vergütungssätze im Rahmen der Neufassung der Bundesverträge seit dem Jahr 2021 auch strukturelle und inhaltliche Änderungen vereinbart wurden. So

wurde in diesen drei Heilmittelbereichen die gesetzliche Vorgabe erfüllt, Regelleistungszeiten zu definieren. Auch sind die Leistungsbeschreibungen aktualisiert worden. In der Physiotherapie gab es neben den deutlichen Preissteigerungen bisher keine zusätzlichen strukturellen und inhaltlichen Anpassungen.



Preisbildung in der Physiotherapie im deutschsprachigen Raum

In **Österreich** wurde die Physiotherapie erst im Jahr 2022 flächendeckend als Sachleistung der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) eingeführt. Hierfür existiert ein bundesweit gültiger Rahmenvertrag zwischen der ÖGK und dem Berufsverband Physio Austria. In Österreich erfolgt die Preisfindung nach einem ähnlichen Muster wie in Deutschland. So legen die Tarifvalorisierungsregelungen bestimmte Gewichtungen und Kriterien zur Fortentwicklung des Stundentarifes fest. Dieser liegt für die Physiotherapie vorläufig für das Jahr 2023 bei **68,09 Euro**. Dies entspricht einem Minutenwert von **1,13 Euro**. Die Vergütungsstruktur ist einfach gegliedert und unterscheidet in physiotherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlungen mit einem Zeitrahmen von 30, 45 oder 60 Minuten sowie in sogenannte Vernetzungstätigkeiten und weitere Leistungen wie Hausbesuche.

In der **Schweiz** gibt es ebenfalls eine einheitliche Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen. Diese besteht aus Sitzungspauschalen, welche mit „Taxpunkten“ bewertet sind. Die Hauptleistungen sind die „Einzelsitzungspauschale für allgemeine Physiotherapie“ (48 Taxpunkte) und die „Einzelsitzungspauschale für aufwendige Physiotherapie“ (77 Taxpunkte). Zusätzlich gibt es noch einige Zuschlagpositionen, z. B. für die erste Behandlung. Diese Taxpunkte werden mit regionalen Taxpunkt-werten multipliziert. Daraus ergibt sich, dass die Vergütung der „allgemeinen Physiotherapie“ bei mindestens 40,42 CHF (41,94 Euro) liegt. Dies entspricht einem Minutenwert von 1,35 CHF (**ca. 1,40 Euro**).

Im Vergleich:

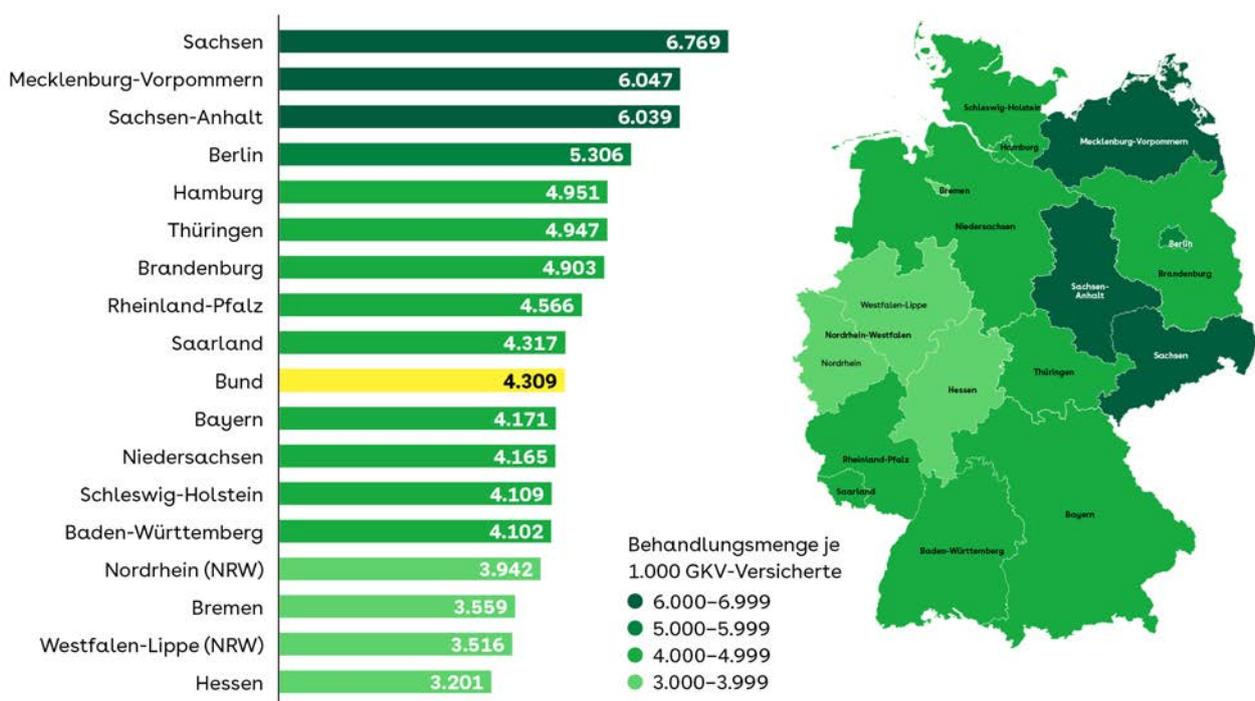
In **Deutschland** werden die Vergütungen und alle weiteren Regelungen in bundeseinheitlichen Verträgen geregelt. Allerdings werden in der Physiotherapie einzelne Heilmittelpositionen abgerechnet. Diese unterscheiden sich bei der Behandlungsdauer und der Vergütungshöhe deutlich voneinander. Die Hauptleistung in der Physiotherapie ist die „Krankengymnastik Einzelbehandlung“ mit einer Regelbehandlungsdauer von 15 bis 25 Minuten und einer Vergütung in Höhe von 26,12 Euro im Jahr 2023. Das bedeutet bei einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 20 Minuten einen Minutenwert von **1,31 Euro**. Bei der Manuellen Therapie (MT) liegt dieser bei **1,57 Euro** und bei der Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen (KG ZNS) bei **1,38 Euro**.

Zusätzlich wurden in den Bereichen Ergotherapie, SSSST und Podologie neue Leistungsbestandteile vereinbart bzw. die Vergütungsstrukturen angepasst. So wurde beispielsweise in der Podologie eine Befundungsposition eingeführt und die Vergütung der Hauptleistungen auf zwei Leistungskomplexe zusammengefasst. Hierzu kommen eine Indikationsausweitung im Jahr 2021 sowie die Aufnahme der Nagelspangenbehandlung im Jahr 2022 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), welche ebenfalls vertraglich umgesetzt wurden.³ Auch im Bereich der SSSST wurden die Erst- und Bedarfsdiagnostik

sowie unterschiedliche Berichte als Leistungspositionen neu eingeführt.

Wie das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) kontinuierlich in den jährlich erscheinenden Heilmittelberichten aufzeigt, sind regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Heilmitteln neben der unterschiedlichen Entwicklung der einzelnen Heilmittelbereiche offensichtlich. Dabei ist auffällig, dass in den östlichen Bundesländern und den Stadtstaaten überdurchschnittlich viele Heilmittel in Anspruch genommen werden.⁴

Abbildung 4: Regionale Unterschiede in der Behandlungsmenge je 1.000 GKV-Versicherte (WIdO-Heilmittelbericht 2023–2024)



[3] Bundesanzeiger [BAnz] (2020). Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Behandlung von erwachsenen Nägeln mittels Nagelkorrekturspangen durch Podologinnen und Podologen. → [bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung?8](https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung?8) (Stand: 11.01.2024).

[4] Waltersbacher, A. (2024) Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Heilmittelbericht 2023/2024 – Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie. → [wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produnkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_heilmittelbericht_2023_2024.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produnkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_heilmittelbericht_2023_2024.pdf) (Stand: 29.02.2024).

3 Überfällige Ausbildungsreform

Für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland arbeiten laut Statista derzeit rund sechs Millionen Beschäftigte.⁵ Dazu zählen auch die sogenannten Gesundheitsfachberufe, die unter anderem die Berufe der Physiotherapie, Ergotherapie, Podologie und SSSST umfassen.

Um einen dieser Berufe ergreifen zu können, stehen unterschiedliche Wege und Systeme zur Verfügung. Überwiegend erfolgt die Ausbildung im Rahmen einer Fachschulausbildung. Grundvoraussetzung dafür sind die mittlere Reife oder ein Hauptschulabschluss und zwei Jahre Berufserfahrung. Dies und

die inhaltliche Ausgestaltung wird in Berufsgesetzen mit den entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (APr-VO) geregelt. Das föderale Bildungssystem in Deutschland ermöglicht den einzelnen Bundesländern eine weitere inhaltliche Ausgestaltung der APr-VO. Neben den regionalen Unterschieden haben zudem auch die jeweiligen Ausbildungsstätten Handlungsspielräume, was die Ausgestaltung der Lehrinhalte betrifft. Dieser Umstand führt dazu, dass es keine einheitliche Umsetzung und Vermittlung der Ausbildungsinhalte gibt.

Abbildung 5: Übersicht der relevanten Berufsgesetze der Heilmittelerbringung und deren Inkrafttreten (eigene Darstellung)

Beruf	Berufsgesetz	Gesetz vom:
Ergotherapeut/-in	Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten Ergotherapeutengesetz – ErgThG)	25. Mai 1976
Logopädin/Logopäde	Gesetz über den Beruf des Logopäden (LogopG)	7. Mai 1980
Physiotherapeut/-in Masseur/-in medizinische/-r Bademeister/-in	Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG)	26. Mai 1994
Podologin/Podologe	Gesetz über den Beruf der Podologin und des Podologen (Podologengesetz – PodG)	4. Dezember 2001

Zusätzlich gibt es seit 2009 die Möglichkeit, eine akademische Erstausbildung im Rahmen eines Studiums zu absolvieren. Grundlage hierfür bildet die bis zum 31.12.2024 befristete Modellklausel aus dem Jahr 2009, die in die jeweiligen Berufsgesetze aufgenommen wurde und ein Studium in den Heilmittelberufen einschließlich der staatlichen Prüfung an Hochschulen ermöglicht. Für die akademische Laufbahn ist in der Regel der Nachweis der Fachhochschulreife erforderlich. Diese Studiengänge sind inhaltlich eng

an die jeweiligen APr-VO gekoppelt, womit sich auch in der akademischen Ausbildung die Uneinheitlichkeit fortsetzt.

Es ist unstrittig, dass eine qualitativ hochwertige Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen von großer Bedeutung ist. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels bekommen bildungs- und arbeitsmarktpolitische Interessen einen immer höheren Stellenwert, die sich in der Folge auch auf

[5] Statista (2023). Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2021. → de.statista.com/statistik/daten/studie/151723/umfrage/beschaefigte-im-gesundheitswesen-seit-2000/ (Stand: 25.09.2023).

die Ausbildungserfordernisse der Gesundheitsfachberufe auswirken und Veränderungsbedarf anzeigen. Zahlreiche Inhalte der teils 25 bis 30 Jahre alten APPr-VOs entsprechen nicht mehr den aktuellen medizinischen Erkenntnissen. Als Reaktion auf diese veralteten Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und das Fehlen einheitlicher Ausbildungsstandards hat der Gesetzgeber bereits 2017 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe gegründet, die sich mit der Neuausrichtung der Therapieberufe auseinandersetzen sollte. Unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hat die Arbeitsgruppe ein Konsultationsverfahren eingeleitet und relevante Akteure aufgefordert, Stellungnahmen abzugeben. Hinweise zum Reformbedarf sowie zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildungen der Heilberufe finden sich darüber hinaus unter anderem in Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, in Empfehlungen des Wissenschaftsrates, im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode des Bundes und in Beschlüssen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK).^{6,7}

In zwei Beschlüssen der 90. GMK im Jahr 2017 wurde eine Reform der Gesundheitsfachberufe als „zwingend erforderlich“ angesehen. Eine Novellierung dieser Berufe könne eine bedarfs- und kompetenzorientierte Weiterentwicklung des Aufgabenprofils

ermöglichen und damit neue Anreize zur Ergreifung eines Gesundheitsfachberufes schaffen und entsprechend zur Reduzierung des Fachkräftemangels beitragen.⁸ Das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ greift die Bedeutung der in der Ausbildung vermittelten Kompetenzen für eine evidenz- und bedarfsorientierten Versorgung ebenfalls auf. Die Gesundheitsfachberufe müssen entsprechend in der Lage sein, die unterschiedlichen Bedarfe verschiedener Personengruppen zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang wird auch auf die zunehmende Bedeutung und Notwendigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit hingewiesen, die zu Kontinuität in der Versorgung beitragen kann.⁹

Eine Umsetzung der Empfehlungen bzw. Vorschläge wird nunmehr mit dem seit Februar 2024 vorliegenden ersten Arbeitsentwurf eines Physiotherapieberufereformgesetzes angestrebt. Die Berufsgesetze der Logopädie sollen bis 2026, der Ergotherapie bis 2027 und auch der Podologie schrittweise folgen. Die damit einhergehende Verzögerung der Reformen bis in die nächste Legislaturperiode hinein erscheint risikobehaftet und nicht sachgerecht. Wichtig wäre eine schnelle und einheitliche Aktualisierung aller Berufsgesetze.

[6] Zöllner, M. (2022). Reformen in Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe. Akademisierung – Modernisierung – neue Berufe, Bonn. → lit.bibb.de/vufind/Record/DS-781070 (Stand: 25.09.2023).

[7] Wissenschaftsrat (2023). Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe | Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen, Köln. → doi.org/10.57674/6exf-am35

[8] Gesundheitsministerkonferenz [GMK] (2017). Beschlüsse der GMK 21.06.2017 22.06.2017; TOP: 7.1 Novellierung der Gesundheitsfachberufe. → gmkonline.de/Die-GMK.html (Stand: 04.05.2022).

[9] Bundesministerium für Gesundheit [BMG] (2020). Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“. → bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf (Stand: 11.01.2024).

4 Mehrwert einer Teilakademisierung

Die Erbringung von Heilmittelleistungen für GKV-Versicherte ist durch die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) und die Verträge nach § 125 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Insbesondere die Verträge nach § 125 SGB V definieren den Inhalt der einzelnen Heilmittelleistungen der jeweiligen Heilmittelprofession. Es fehlen jedoch einheitliche Regelungen, die die richtige Auswahl und Anwendung der Leistungen definieren. Auch fachliche Regularien für die handwerkliche Ausführung existieren nicht, sondern werden – wenn überhaupt – durch Anweisung des Arbeitgebers vorgegeben.¹⁰

Entsprechend zeigt sich im Versorgungsalltag eine Varianz hinsichtlich der inhaltlichen Umsetzung einzelner Therapien, die als Folge je nach Ausführung qualitativ sehr unterschiedlich ausfallen und dementsprechend schneller oder langsamer zum gewünschten Therapieerfolg führen.

Es ist unstrittig, dass eine fachspezifische Untersuchung des Patienten die Grundlage für eine zielgerichtete und effiziente Therapie darstellt. Allerdings kommt der Vermittlung von diagnostischen Fähigkeiten in den aktuellen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen nur untergeordnete Bedeutung zu. Je nach Interpretation der jeweiligen APr-VO werden von insgesamt circa 4.500 Ausbildungsstunden lediglich 200–500 Stunden für Diagnostik/Befundung ausgewiesen.

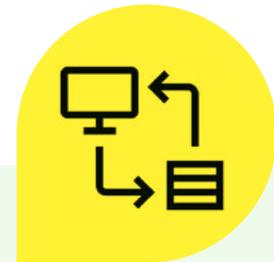
Anders als in der ärztlichen Versorgung gibt es in Deutschland keine (fachspezifischen) Leitlinien für die einzelnen Heilmittelbereiche. Die vorhandenen medizinischen Leitlinien werden im Wesentlichen durch ärztliche Fachgesellschaften und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) nach standardisierten Verfahren erstellt. Hinsichtlich des Heilmittelsatzes wird darin – wenn überhaupt – vor allem die

Frage des Ob bewertet, nicht aber das Wie. So finden sich vereinzelt im Bereich der konservativen Therapien Empfehlungen für oder gegen eine Heilmittelversorgung. Inhaltliche Konkretisierungen zur Wahl des Heilmittels, zu Dauer und Frequenz fehlen komplett. Nicht selten wird die Studienlage auch als unzureichend bewertet, weshalb keine eindeutigen Empfehlungen für Behandlungsansätze oder Techniken ausgesprochen werden können. Nationale Forschungsergebnisse sind darüber hinaus eher unterrepräsentiert. In anderen Ländern, wie z. B. den Niederlanden, ist es hingegen bereits gelungen, für bestimmte Erkrankungen sogenannte Guidelines zu formulieren,¹¹ die Versorgungsstandards definieren. Solche Standards für relevante Diagnosen fehlen in Deutschland bislang vollständig.

Um medizinische und speziell therapeutische Leitlinien und Behandlungspfade entwickeln zu können, braucht es wissenschaftliche Kompetenz und Forschung in diesem Bereich. Die Akademisierungsquote in den Heilmittelberufen in Deutschland liegt aber nach wie vor im niedrigen einstelligen Bereich. Die Absolventinnen und Absolventen wählen darüber hinaus häufig außeruniversitäre Berufszweige (z. B. Selbstständigkeit, angestellt in einer Praxis, weitere berufliche Laufbahn mit anderen Schwerpunkten usw.). Anders als in traditionellen Wissenschaftszweigen (z. B. Medizin, Pharmazie) fehlen in der therapeutischen Forschung gewachsene Strukturen. Es werden Fachkräfte benötigt, die wissenschaftlich arbeiten, Ergebnisse evaluieren und entsprechende Implikationen für die Praxis ableiten können. Forschung mit belastbaren Ergebnissen im Heilmittelbereich muss verstärkt erfolgen; sie liegt im internationalen Vergleich weit zurück.

[10] Schmitt, N., Pflingsten, A., Hertle, D., Bopp, K. (2023a). Die Ärzt:innen müssen es nicht alleine richten – Ein Sechs-Punkte-Plan für mehr Verantwortung und Augenhöhe für die Gesundheitsfachberufe, S. 138–165, doi: 10.30433/GWA2023-138

[11] Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) (2023). Guidelines. → kennisplatformfysiotherapie.nl/guidelines (Stand: 06.11.2023).



Forschungsdaten Heilmittel

Eine besondere Herausforderung in der therapeutischen Forschung bildet die Standardisierbarkeit der Interventionen. Abweichungen in der handwerklichen Ausführung, aber auch die Wahl unterschiedlicher Techniken in der Leistungserbringung bilden eine starke Limitation. Gleiches gilt für die Messbarkeit der Ergebnisvariablen.

Auch die Verfügbarkeit von Sekundärdaten für therapeutische Forschung gilt als ausbaufähig. Qualitätsindikatoren sind – anders als im ärztlichen Bereich – nur unzureichend vorhanden und fokussieren die Ergebnis- und/oder Strukturqualität. Indikatoren zur Prozessqualität existieren bisher kaum. Ein Grund dafür ist, dass die zur Dokumentation genutzten Klassifikationssysteme (z. B. ICD-System) für die Abbildung von Versorgungsprozessen ungeeignet sind. Der Einsatz weiterer Klassifikationssysteme könnte zu einer besseren Verfügbarkeit von Daten beitragen und gleichzeitig die Kommunikation und damit Zusammenarbeit von Leistungserbringenden fördern (Schmitt et al., 2023a). Die Sammlung von (Qualitäts-)Daten an zentraler Stelle kann außerdem dazu beitragen, die Profession weiter aufzuwerten, indem messbare Behandlungsergebnisse objektiv sichtbar gemacht werden.

Ziel sollte es weiterhin sein, die Akademisierungsquote in Deutschland auf das Maß der vom SVR bereits 2012 vorgeschlagenen Quote von 10 bis 20 Prozent anzuheben.¹² Damit wäre eine Basis gegeben, die inhaltlichen Erkenntnisse von Heilmittelbehand-

lungen objektiv sichtbar zu machen und in die Praxis zu überführen, was dann zu einer echten Verbesserung der Behandlungsqualität führen kann.

[12] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung: Sondergutachten 2012. → svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2012/Kurzfassung_2012.pdf (Stand: 28.04.2022).

5 Bausteine für die Transformation der Heilmittelversorgung

Abbildung 6: Bausteine für die schrittweise Transformation der Heilmittelversorgung



Grundlegend für eine umfassende Transformation der Heilmittelversorgung ist die seit langem überfällige Ausbildungsreform aller Heilmittelberufe. Nach der Vereinheitlichung und Anhebung des Kompetenzniveaus der Heilmittelerbringenden können dann aufeinander aufbauend weitere Schritte zur Neustrukturierung folgen.

5.1 Eine gute Therapie darf kein Zufall mehr sein

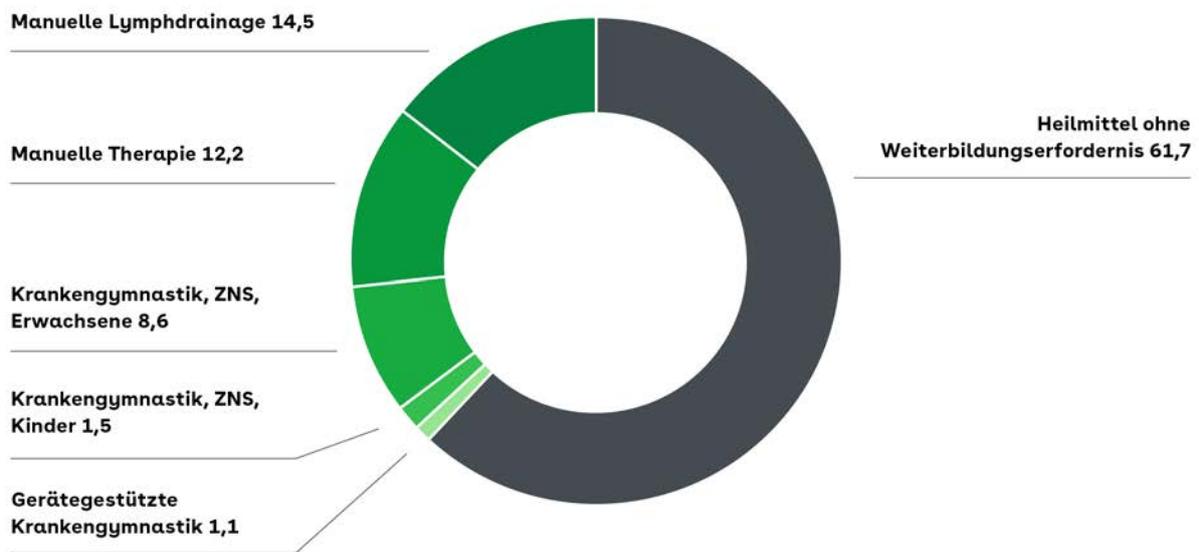
Die Schaffung eines bundeseinheitlichen Curriculums in allen Ausbildungsberufen stellt den ersten Schritt hin zu einer nachhaltigen Veränderung der Heilmittelversorgung dar. Dabei sollten die Lehreinheiten kompetenzorientiert gestaltet werden und eine optimale Verknüpfung von praktischen und theoretischen Inhalten ermöglichen. In der Physiotherapie sollten

auch die teils kostspieligen und zeitaufwendigen Zertifikatsweiterbildungen in die Ausbildung integriert werden, um die Attraktivität des Berufsfeldes zu steigern und die Wertigkeit der Berufsausbildung anzuheben. Aktuell können Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ohne Zertifikatsweiterbildungen nur circa 62 Prozent des Leistungsspektrums erbringen (vgl. Abbildung 6).

Einheitliches Ausbildungsniveau

Die Schaffung eines bundeseinheitlichen Curriculums in allen Ausbildungsberufen stellt den ersten Schritt hin zu einer nachhaltigen Aufwertung der Heilmittelversorgung dar.

Abbildung 7: Anteil der Behandlungen von AOK-Versicherten in der Physiotherapie mit Zertifikatsleistung im Jahr 2023 (eigene Darstellung auf Basis von WidO-Daten 2023)



Basierend auf dem vorliegenden Entwurf des Physiotherapieberufereformgesetzes könnte sich dieser Anteil perspektivisch zwar etwas erhöhen. Es ist aber nicht vorgesehen, alle Zertifikatsleistungen vollständig in die Ausbildung zu integrieren. Bezugnehmend auf das erklärte Ausbildungsziel der altersunabhängigen Behandlung von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems müssten aber weitere wichtige Inhalte von Zertifikatsleistungen (wie beispielsweise der Manuellen Therapie oder KG-ZNS) vollumfänglich in die Ausbildung übernommen werden. Damit ist der Reformentwurf in diesem Punkt bisher unzureichend.

Notwendige Zertifikatsleistungen in die Ausbildung integrieren

Für die altersunabhängige Behandlung von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sollten alle wichtigen Inhalte der Manuellen Therapie und der KG-ZNS vollumfänglich in die Ausbildung übernommen werden.

Ein Nebeneinander der fachschulischen und akademischen Ausbildung ist zur Sicherstellung der Versorgung bei wachsenden Bedarfen weiterhin unabdingbar. Das Erlernen eines Heilmittelberufes sollte nicht ausschließlich an eine Hochschulzugangsberechtigung geknüpft sein, sondern einen breiten Interessentenkreis ansprechen, um somit eine möglichst hohe Quote an Fachkräften zu generieren.

Um den immer komplexer werdenden Aufgabenfeldern gerecht zu werden sowie Lehre und Forschung in den Heilmittelberufen weiterzuentwickeln, sollte jedoch die akademische Ausbildung bundesweit vereinheitlicht, verstetigt und auf ein Level mit internationaler Anschlussfähigkeit angehoben werden. Um die Heilmitteltherapien qualitativ zu verbessern, ist es unerlässlich, nationale Versorgungsleitlinien und Behandlungspfade zu formulieren und zu implementieren. Orientierend hierfür können die bereits im Ausland entwickelten Leitlinien sein, die an die länderspezifischen Besonderheiten angepasst werden müssen. Zudem würden Leitlinien bzw. Behandlungspfade als eigene Referenz für den Erfolg einer Behandlung dienen und den sogenannten Prozess des „Clinical Reasoning“ positiv unterstützen.

Denkbar ist auch die Entwicklung heilmittelspezifischer Standardarbeitsanweisungen, „Standard operated procedures (SOP)“, als konkrete Handlungsempfehlungen zur Optimierung von Prozessabläufen. Ziel von SOP ist es, den Leistungserbringenden zu helfen, Aufgaben auf eine einheitliche und effiziente Weise auszuführen. Sie fördern die Vergleichbarkeit und den Evidenzgewinn. So können SOPs als Referenzwert eine wichtige Rolle hinsichtlich der Konsistenz und Qualitätssicherung von Heilmittelbehandlungen spielen, indem alle an der Versorgung beteiligten Personen die gleichen Standards und Verfahren befolgen und weniger wirksame Maßnahmen seltener zum Einsatz kommen. Damit würden die vorhandenen und perspektivisch eher sinkenden Behandlungsressourcen zielgenauer eingesetzt werden und es würden gleichzeitig im Idealfall Kosteneinspareffekte generiert. Es ist dabei unstrittig, dass nur ein gewisses Maß an Standardisierung im Gesundheitswesen möglich und umsetzbar ist.

Heilmittelversorgung für die Zukunft sichern

Ein Nebeneinander der fachschulischen und akademischen Ausbildung ist zur Sicherstellung der Versorgung bei wachsenden Bedarfen weiterhin unabdingbar. Dabei ist eine Teilakademisierungsquote von 10 bis 20 Prozent anzustreben.

Erst wenn diese Voraussetzungen für eine bessere und gesicherte Qualität der Versorgung gelegt sind, sollte der nächste Schritt hin zu einer höheren Therapiefreiheit der Heilmittelerbringenden stärker in den Fokus rücken.

5.2 Die Kompetenz der Therapierenden für die Behandlungsgestaltung nutzen und den Versorgungsprozess entbürokratisieren

In der Heilmittelversorgung definiert die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt, welche Leistungen in welchem Umfang erbracht werden sollen. Nach der Feststellung der Indikation für eine Heilmitteltherapie werden alle wesentlichen Parameter der Heilmittelbehandlung in der ärztlichen Verordnung oft deutlich vor Therapiebeginn festgelegt. Die Verordnung beinhaltet für alle Heilmittelbereiche u. a. die Zahl der Behandlungseinheiten, die anzuwendenden Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog, die Therapiefrequenz, die Diagnosegruppe und die Leitsymptomatik. Sollte eine Änderung notwendig werden, erfordert dies häufig einen erneuten Arztkontakt. Der G-BA hat hierzu mit der Überarbeitung der Heilm-RL extra eine weitere Anlage 3 geschaffen, welche die konkreten Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen regelt. Auch die Verträge nach § 125 SGB V enthalten detaillierte Regelungen zu notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung durch den Leistungserbringenden und deren Korrekturmöglichkeiten.

Abbildung 8: Verordnungsmuster Heilmittel (Muster 13) gemäß der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (KBV: Stand: April 2024)

Heilmittelverordnung 13

Zustellung frei
Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zustellungsort
Name, Vorname des Versicherten geb. am

Umfeld
BVG Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Heilmittelverordnung 13

Physiotherapie
 Podologische Therapie
 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
 Ergotherapie
 Ernährungstherapie

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Diagnosegruppe Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges
Heilmittel Behandlungseinheiten
Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht Hausbesuch ja nein Therapiefrequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 13 (10/2020)

Empfangsbestätigung durch den Versicherten
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers Belegnummer

Behandlungsabbruch Nach Rücksprache mit dem Arzt Abweichung von der Frequenz

Änderung in Gruppentherapie Einzeltherapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Die Verordnung von Heilmitteln ist demzufolge – trotz Verschlankung und Vereinheitlichung der maßgeblichen Regelungen zum 1. Januar 2021 – weiterhin von sehr vielen, durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt festzulegenden Details geprägt. Die Expertise der Heilmittelerbringenden fließt entsprechend nicht in den Verordnungsprozess ein, sondern wird erst zu Beginn der tatsächlichen Behandlung relevant.

Eine Änderung oder Anpassung der Verordnung kann verschiedene Ursachen haben. Es können bürokratische Gründe vorliegen, wenn z. B. notwendige Angaben fehlen oder nicht mit den Vorgaben der HeilM-RL übereinstimmen. Es kann aber auch inhaltliche Gründe geben, wenn beispielsweise zwischen Verordnungszeitpunkt und Behandlungsbeginn einige

Zeit verstrichen ist und sich die Symptomlage des Patienten oder der Patientin verändert hat. Die Prüfung der Verordnung bindet nicht nur Kapazitäten bei den Heilmittelerbringenden, sondern macht nicht selten auch für die Patienten und die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt einen erneuten Kontakt notwendig.

Der Detaillierungsgrad in der Verordnung von Heilmittelleistungen unterscheidet sich darüber hinaus deutlich zwischen den einzelnen Heilmittelbereichen. Im Bereich der Physiotherapie werden kleinteilig aus dem Heilmittelkatalog von über 40 verschiedenen Therapieoptionen einzelne Maßnahmen, wie z. B. Krankengymnastik (KG) oder Manuelle Therapie (MT), verordnet. In der Ergotherapie wird hingegen aus nur vier indikationsspezifischen Maßnahmenkomplexen

(z. B. motorisch-funktionelle Behandlung) ausgewählt. Im Bereich der SSSST werden entweder Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schlucktherapie und entsprechende Zeitvorgaben (30/45 oder 60 Minuten) verordnet. In der Podologie werden mit der „podologischen Komplexbehandlung“ oder der „Nagelspannenbehandlung“ überwiegend Komplexleistungen verordnet.

Dies führt dazu, dass die Methodenfreiheit in den Heilmittelbereichen stark variiert. Insbesondere in der Physiotherapie ist die aktuelle Regelung, dass vertragsärztlich bestimmte Maßnahmen vorgegeben werden, kritisch zu hinterfragen, da hier eine kurzfristige Änderung der Therapiepläne – anders als in den anderen Heilmittelbereichen – deutlich schwerer umzusetzen ist.

Einheitliches Ziel bei allen Heilmittelberufen sollte es sein, auf Basis der durch die novellierte Ausbildung erworbenen Kompetenzen zukünftig die Behandlungsplanung selbst zu gestalten. Detaillierte Vorgaben zu den konkreten Maßnahmen, der Therapiedauer und -frequenz oder der Therapiezeit ärztlicherseits wären dann grundsätzlich nicht mehr notwendig. Der oder die Heilmittelerbringende erstellt basierend auf der ärztlichen Diagnose und den ggf. vorhandenen Behandlungspfaden/SOP einen therapeutischen Befund mit entsprechendem Behandlungsplan und legt eigenständig die zum Einsatz kommenden Heilmittel wie auch deren Zahl und Frequenz fest. Zur weiteren Standardisierung der Abrechnung von Maßnahmen über die Heilmittelbereiche hinaus wären auch in der Physiotherapie einheitliche Zeiteinheiten von beispielsweise 15 oder 30 Minuten denkbar.

Die Kompetenz der Therapierenden für die Behandlungsgestaltung nutzen

Detaillierte ärztliche Vorgaben zur Therapiedurchführung sind bei entsprechender Kompetenz nicht mehr notwendig.

Diese Maßnahmen hätten zwei wesentliche positive Effekte: Einerseits würde die therapeutische Expertise und Verantwortung für den Behandlungsprozess deutlich gestärkt und zum anderen könnte eine Vielzahl von Regelungen zur Heilmittelverordnung in der HeilM-RL und den Versorgungsverträgen entfallen. Dies würde zu weniger Bürokratie, insbesondere bei der Korrekturnotwendigkeit der Heilmittelverordnungen, führen. Die durch den Bürokratieabbau frei gewordene Zeit könnte dann effektiver für die Behandlung des Patienten sowohl durch die Ärztin oder den Arzt als auch durch die Heilmittelerbringenden eingesetzt werden.

Der Gesetzgeber macht mit der als § 125 a SGB V neu legitimierten „Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungskompetenz“ (Blankoverordnung) einen ersten Schritt, die therapeutische Expertise wesentlich stärker in die Versorgung einzubinden. Auf derartigen Heilmittelverordnungen werden durch die verordnenden Ärztinnen und Ärzte keine Angaben zum Heilmittel, der Therapiefrequenz und Zahl der Behandlungseinheiten gemacht. Die Blankoverordnung wird aktuell sukzessive in der Regelversorgung eingeführt. Zum 1. April 2024 wurden für ausgewählte Indikationsbereiche in der Ergotherapie erstmals die Regelungen der Blankoverordnung umgesetzt. Auch im Bereich der Physiotherapie sind zwischenzeitlich indikationsspezifische Regelungen zur Blankoverordnung zum 1. November 2024 in Kraft getreten.

Idealerweise wäre der Umsetzung der Blankoverordnung aber eine Aktualisierung der Ausbildung sowie der Vermittlung entsprechender Kompetenzen vorangestellt worden. Aus diesem Grund ist auch der indikationspezifisch begrenzte Einsatz der Blankoverordnung aktuell sinnvoll. Zunächst gilt es Erfahrungen zu sammeln. Daher bleibt es nach wie vor zielführend, dass die Vertragsärzteschaft die ärztliche Diagnose und die Indikation sowie die medizinische Notwendigkeit für eine Heilmittelversorgung feststellt.

Maßnahmen zur Einführung des sogenannten Direktzugangs wurden im Koalitionsvertrag avisiert, in der Arbeitsplanung des BMG wurden erste Schritte hierzu für das zweite Versorgungsstärkungsgesetz angekündigt. Bei entsprechenden Voraussetzungen könnte dann eine direkte Behandlung durch einen qualifizierten Heilmittelerbringenden ohne vorherige ärztliche Verordnung erfolgen. Auch der aktuelle Referentenentwurf des Physiotherapieberufereformgesetzes sieht hier perspektivisch einen Direktzugang für die akademisierten Physiotherapeutinnen und -therapeuten vor. Weitere Details zur Ausgestaltung und Umsetzung fehlen jedoch.

Aus der Blankoversorgung lernen,...

...anstatt übereilt in den Direktzugang!

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt erscheint die Einführung eines Direktzugangs vor dem Hintergrund des aktuellen Ausbildungsstandards daher noch verfrüht. Die Einführung der Blankoverordnungen bietet vielmehr die Möglichkeit, die weitere Gestaltung der Rahmenbedingungen für den Zugang zu Heilmittelerbringenden auf die in der Versorgungsrealität gesammelten Erfahrungen zu stützen.

5.3 Therapiefreiheit und wirtschaftliche Verantwortung gehören zusammen

Die wirtschaftliche Verantwortung für die GKV-Ausgaben der Heilmittelversorgung liegt aktuell bei der Vertragsärzteschaft. Seit 2015 zeigen sich hier deutliche Erosionsprozesse. Im Zuge des GKV-VSG wurde die einheitliche Richtgrößenprüfung durch regional zu vereinbarende Auffälligkeitsprüfungen ersetzt. Dies hat zur Folge, dass die Prüfungen hinsichtlich des Umfangs, der Prüfungsmethode und des Inhalts äußerst unterschiedlich gestaltet sind.

Weiterhin durch die Bundesebene vorgegeben ist die Klassifizierung von Heilmittelverordnungen im Zuge dieser Prüfungen. Hierzu existieren die folgenden Abstufungen (unabhängig von der regional gewählten Prüfmethode oder den Aufgreifkriterien):

- Verordnungen, basierend auf einem „besonderen Verordnungsbedarf“ (BVB), werden im Rahmen der jeweiligen Prüfung anerkannt.
- Verordnungen auf Basis eines „langfristigen Heilmittelbedarfes“ (LHM) unterliegen nicht der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung.
- Blankoverordnungen nach § 125a SGB V unterliegen nicht der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung. Hierfür sollen stattdessen die zugelassenen Heilmittelerbringenden einen Teil der wirtschaftlichen Verantwortung durch „Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung“ übernehmen.

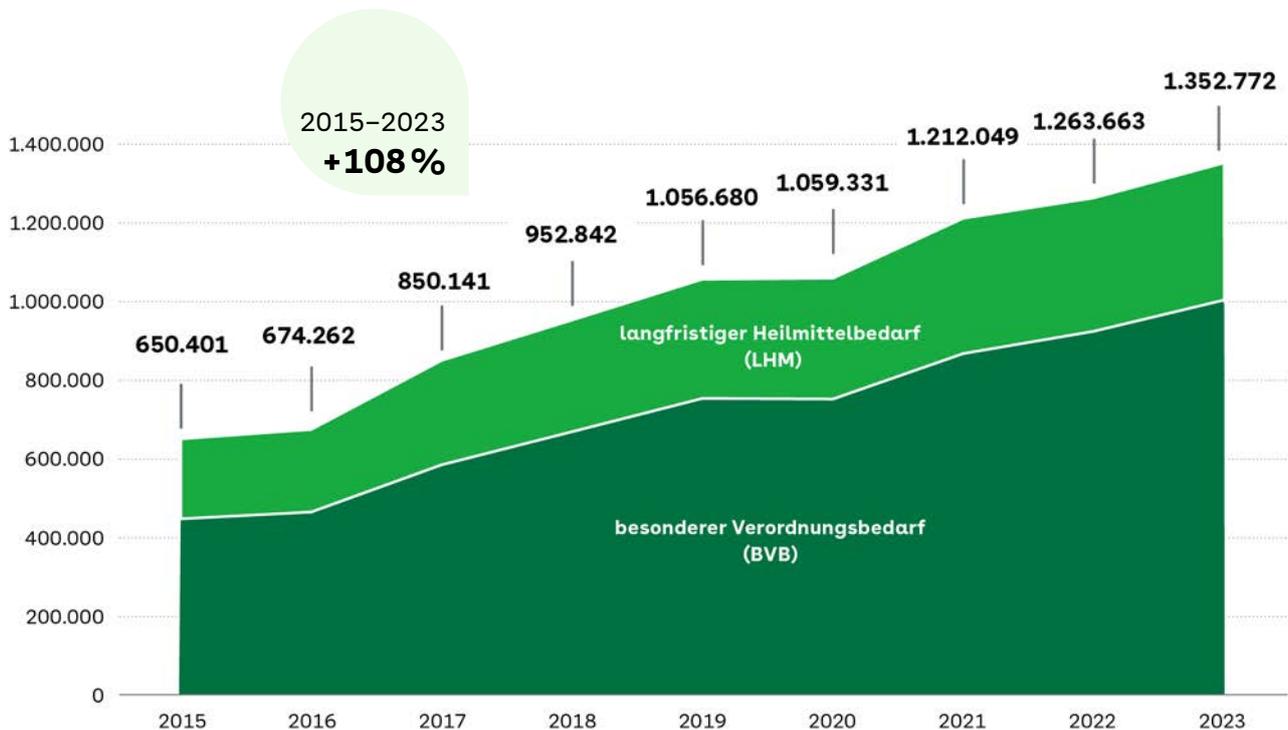
Abbildung 9: Übersicht der Versorgungsoptionen nach SGB V (eigene Darstellung)

	Regelversorgung	Regelversorgung (BVB/LHM)	Blankverordnung
Verordnung	ja	ja	ja
Höchstmenge je Verordnung	6 (10)	für 12 Wochen	offen
Ärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung	ja	nein	nein
Mengenbegrenzende Maßnahmen für Heilmittelerbringer	nein	nein	ja
Patientenzugang	offen	eingeschränkt (Diagnoselisten)	eingeschränkt (bestimmte Indikationen)
Vergütung	gleich	gleich	höher (zusätzlich vergütete Leistungen)

Neben den unterschiedlichen Auswirkungen auf die ärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung haben die Regelungen zu den BVB- und LHM-Verordnungen sowie zur Blankverordnung auch direkte Auswirkungen auf die verordnungsfähige Therapiedauer. So orientiert sich die Behandlungsmenge bei BVB- und LHM-Verordnungen an einem Heilmittelbedarf für bis zu zwölf Wochen. Blankverordnungen sind ebenfalls für einen längeren Zeitraum von bis zu maximal 16 Wochen gültig. Alle anderen Verordnungen (üblicherweise für nicht chronifizierte akute Beschwerden), die nicht unter eine dieser Regelungen fallen, sind auf maximal sechs bzw. zehn Behandlungseinheiten je Verordnung begrenzt, was einen deutlich kürzeren Zeitraum abdeckt und damit häufigere Arztkontakte für die Fortsetzung der Therapie notwendig macht.

Diese aktuellen Regularien führen dazu, dass die Versorgung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten durch längere Behandlungszeiträume und die Sonderstellungen in der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung privilegiert ist. So hat sich die Anzahl der Versicherten mit einer entsprechenden Heilmittelverordnung seit 2015 mehr als verdoppelt, wohingegen die Gesamtzahl der AOK-Versicherten mit einer Heilmittelverordnung nur geringfügig um 3,5 Prozent zunahm. Der Gesamtanteil der Versicherten mit einer BVB- oder LHM-Verordnung stieg von 13,3 Prozent auf 26,7 Prozent. Die Aufnahme weiterer Indikationen in diese Ausnahmeregelungen begünstigt somit zunehmend die strukturelle Umschichtung von Leistungskapazitäten auf Kosten von Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf. Darüber hinaus entstehen Fehlanreize, wenn ein Teil der Heilmittelversorgung nicht oder nur eingeschränkt im Hinblick auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung überprüft wird.

Abbildung 10: Entwicklung der Zahl der AOK-Versicherten mit einer Heilmittelverordnung aufgrund einer Diagnose (ICD-10-Codes) des „besonderen Verordnungsbedarfs“ und eines „langfristigen Heilmittelbedarfs“ (WIdO-Daten 2015–2023)



Zunächst wäre es entsprechend erforderlich, kurzfristig Maßnahmen zur Reduzierung dieser Fehlansätze zu ergreifen bzw. den Zugang von Patientinnen und Patienten zur Heilmittelversorgung fairer zu gestalten. Diese könnten beispielsweise darin bestehen, dass wieder alle Heilmittelverordnungen in die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzteschaft einbezogen werden oder BVB- und LHM-Verordnungen grundsätzlich erst nach Genehmigung der Krankenkasse nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen. Auch im Rahmen der Blankoverordnung muss die wirtschaftliche Verantwortung der Heilmittelerbringenden dringend nachgeschärft werden. Hier wären kollektive Steuerungselemente wie beispielsweise die Vereinbarung von Ausgabevolumen analog § 84 SGB V, ein denkbarer Weg.

In der zukünftigen, grundlegend reformierten Heilmittelversorgung wäre es aber denkbar, auf etliche dieser Regelungen zu verzichten. Durch die in der aufgewerteten Ausbildung erworbenen Kompetenzen könnten die vertragsärztlich delegierten Aufgaben in eigener therapeutischer Verantwortung durchgeführt werden. Da die Vertragsärzteschaft zukünftig auf der Verordnung an Heilmittelerbringende außer der ärztlichen Diagnose keine weiteren Vorgaben der Heilmittelbehandlung machen müsste, könnte entsprechend auch die wirtschaftliche Verantwortung für diese Leistungen nicht mehr auf sie übertragen werden. Diese müsste in der Folge gänzlich auf die Heilmittelerbringenden übergehen. So könnten unnötige Arztkontakte vermieden werden bei gleichzeitiger Sicherstellung der Bedarfsgerechtigkeit und des wirtschaftlichen Einsatzes von Ressourcen.

Dies hätte zur Folge, dass die Rahmenvorgaben nach § 84 SGB V für den Heilmittelbereich zwischen der KBV und dem GKV-SV nicht mehr notwendig wären. Auch die Vorgaben zu Auffälligkeitsprüfungen in den Rahmenvorgaben zur Durchführung der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Abs.2 SGB V wären überflüssig. An deren Stelle müssten Vereinbarungen über die wirtschaftliche Versorgung auf Bundesebene zwischen dem GKV-SV und den maßgeblichen Berufsverbänden der Heilmittelerbringenden treten.

*Therapiefreiheit
und wirtschaftliche
Verantwortung gehören
zusammen*

Es bedarf klarer gesetzlicher Regelungen im SGB V zur Übernahme der Wirtschaftlichkeitsverantwortung durch die Heilmittelerbringenden.

5.4 Interdisziplinäre Versorgung eröffnet neue Chancen

Eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung sollte nicht von der Struktur der Leistungserbringenden vorgegeben werden, sondern an den regionalen Versorgungsbedarfen orientiert sein. Besonders in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungsbildern kann eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu mehr Kontinuität und erheblichen Qualitätsvorteilen führen. Zwar gibt es im Heilmittelbereich aktuell bereits die Möglichkeit interdisziplinäre Praxen zu betreiben, diese können auf Grundlage der geltenden Vorgaben aber nur eingeschränkt professionsübergreifend behandeln und sind im Heilmittelbereich weiterhin stark an die ärztlichen Vorgaben gebunden. Der potenzielle Mehrwert für die Versorgung der Patientinnen und Patienten bleibt daher bisher weitestgehend aus.

Im aktuellen Entwurf des GVSG I werden sogenannte Primärversorgungszentren (PVZ) angedacht, die insbesondere die hausärztliche Versorgung zentrieren sollen. Darüber hinaus soll über Kooperationen mit anderen Leistungserbringenden eine koordinierte Versorgung ermöglicht werden. Die Heilmittelerbringung sollte dabei als wichtiger Bestandteil der Versorgung insbesondere bei komplexen Behandlungsbedarfen effizient und interprofessionell eingebunden werden. Der Fähigkeit zur Vernetzung und zu interdisziplinärer Zusammenarbeit sollte dafür in der berufsschulischen wie akademischen Ausbildung der Heilmittelerbringenden größere Beachtung beigemessen werden. Um die Kompetenzen der einzelnen, an der Versorgung beteiligten Professionen effizient zu nutzen, sollte die Zusammenarbeit über den reinen Austausch von Informationen hinausgehen und im Sinne eines teambasierten Versorgungsauftrages verstanden werden. Eine entsprechende Vergütungssystematik könnte zusätzlich einen positiven Einfluss auf die Bindung von Fachkräften haben.

Die Weiterentwicklung von therapeutischen Einzelpraxen zu Heilmittelversorgungszentren (HVZ) wäre eine weitere Möglichkeit, die Heilmittelversorgung für besondere Versorgungsbedarfe aufzuwerten. In Kooperation mit ärztlichen PVZs würde der Ansatz der interdisziplinären Behandlung in den Fokus gestellt werden. Durch eine Spezialisierung von HVZs könnten so beispielsweise Kompetenzzentren für die Behandlung von neurologischen oder geriatrischen Erkrankungsbildern oder für Patientinnen und Patienten im Übergang von einer ambulanten oder stationären Rehabilitation in die ambulante Heilmittelversorgung entstehen. Diese Bündelung von Erfahrungen, Kenntnissen und Kapazitäten würde zu einer qualitativ höherwertigen Versorgung bei effizienter Nutzung von Ressourcen führen.

Interdisziplinäre Versorgung eröffnet neue Chancen

Die Einbindung von Heilmittelerbringenden in ambulante, interprofessionelle Teams beispielsweise in Primärversorgungszentren (PVZ), sowie die Weiterentwicklung von therapeutischen Einzelpraxen zu Heilmittelversorgungszentren (HVZ) wären sinnvolle Ergänzungen zur bisherigen Einzelpraxis-Struktur.

er Verortung von Heilmittelerbringenden verschiedener Berufsgruppen in PVZs oder der Zusammenschluss der einzelnen Heilmittelprofessionen an einem Standort in einem HVZ sollte mit der Implementierung einer zentralen Therapiesteuerung und -koordinierung durch entsprechend qualifizierte und erfahrene Heilmittelerbringende einhergehen. Diese Aufgabe könnten zukünftig beispielsweise von akademisierten Therapeutinnen und Therapeuten mit entsprechender berufspraktischer Erfahrung in Bezug auf die jeweilige Spezialisierung übernommen werden. Perspektivisch wäre es auch denkbar, dass diese Heilmittelerbringenden als Teil eines interprofessionellen Teams in Praxisnetzwerken, PVZs oder MVZs gemeinsam mit allen an der Versorgung beteiligten Professionen teambasiert Versorgungsaufträge erfüllen.

Die PVZs oder HVZs sollten die momentane Praxisform aber nicht vollumfänglich ersetzen, sondern vielmehr sinnvoll ergänzen. Die Behandlung von komplexen Erkrankungsbildern würde vorrangig von spezialisierten Zentren durchgeführt. Freie Kapazitäten, die dadurch bei Einzelpraxen entstehen, würden genutzt, um Patientinnen und Patienten, bei denen ein akuter, nicht planbarer Behandlungsbedarf besteht, schneller zu versorgen.

Zusammenfassend ergeben sich folgende Vorteile durch die Schaffung von interprofessionellen Primär- oder Heilmittelversorgungszentren:

- Die Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche bzw. der therapeutischen Heilmittelleistungen führt zu Synergien im Rahmen der Behandlung und steigert die Effizienz.
- Eine indikationsbezogene Versorgung durch Heilmittelerbringende mit fachspezifischer Expertise steigert die Qualität der Behandlung.
- Die zentrale Therapiesteuerung und -koordinierung erleichtert die Kommunikation und steigert die Compliance der Patientinnen und Patienten.
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden bei der Therapiegestaltung und -steuerung unterstützt und entlastet.
- Es entstehen weniger Reibungs- und Informationsverluste und damit Einsparung von Kosten und Zeit.
- Teambasierte Versorgungsaufträge ermöglichen eine Fokussierung auf die Kernkompetenzen der beteiligten Professionen.

Insgesamt steigert die interdisziplinäre Zusammenarbeit die Arbeitszufriedenheit und fördert damit eine Bindung bestehender und die Gewinnung neuer Fachkräfte, was wiederum zur Sicherstellung der Heilmittelversorgung beitragen kann.





6 Ausblick

Die Reformen der vergangenen Legislaturperioden haben zu deutlich höheren Ausgaben im Heilmittelbereich geführt, gleichzeitig aber erkennbar wenig zu einer Steigerung der Effizienz und Qualität beigetragen. Um die Heilmittelversorgung resilient gegenüber den zukünftigen Herausforderungen zu gestalten und dabei nachhaltig finanzierbar zu bleiben, braucht es dringende Strukturreformen. Mit den beschriebenen Maßnahmen sieht die AOK-Gemeinschaft wesentliche notwendige Schritte dafür getan.

Durch Kompetenzgewinn, mehr Freiheit im therapeutischen Handeln und weniger Bürokratie wird die Attraktivität der Heilmittelberufe gesteigert. Ein wichtiger Schritt, um dem steigenden Bedarf und dem Fachkräftemangel zu begegnen. Mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie sektorenübergreifende Versorgung fördern den kollegialen Austausch und ermöglichen gegenseitiges Dazulernen. Darüber hinaus bergen sie die Chance von mehr Kontinuität und Therapieerfolgen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten.

Dies führt zu mehr Anerkennung der Heilmittelberufe, aber auch der medizinischen Berufe allgemein – nicht nur bei Patientinnen und Patienten – was wiederum das Berufsbild fördert und die Zufriedenheit der Heilmittelerbringenden steigert. Eine solche Aufwärtsspirale kann neben der bereits deutlich gestiegenen Vergütung zur positiven Entwicklung der Angebotsstruktur beitragen und damit die Heilmittelversorgung langfristig sicherstellen und qualitativ stärken.

