



## **Gemeinsame Beanstandung von Tatsachen- und Methodengrundlage zum Referentenentwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (BStabG) mit Aufforderung zur Korrektur der Heilmittelversorgung nach §§ 32, 61, 62, 71, 125 und 125a SGB V vor Kabinettsbefassung**

**An das Bundesministerium für Gesundheit**

z. Hd. Leitung der Abteilung 2 – Gesundheitsversorgung

### **nachrichtlich:**

- Bundeskanzleramt
- Bundesministerium der Justiz
- Bundesministerium der Finanzen
- Nationaler Normenkontrollrat
- gesundheitspolitische Sprecher\*innen der Bundestagsfraktionen

### **Kurzfassung**

Der Heilmittelteil des Referentenentwurfs ist aus Sicht der unterzeichnenden Verbände vor einer Kabinettsbefassung nicht hinreichend tragfähig begründet. Die Beanstandung betrifft drei Kernprobleme:

1. Der Entwurf übernimmt eine pauschale Preis-Treiber-Diagnose, ohne Preis-, Mengen-, Struktur- und Mixeffekte heilmittelbereichsspezifisch offenzulegen.
2. Er reaktiviert mit der Grundlohnsummenbindung einen Maßstab, dessen mangelnde Kostennähe der Gesetzgeber im Heilmittelbereich bereits mit dem HHVG und später mit dem TSVG korrigiert hatte.
3. Er verneint negative Versorgungseffekte, obwohl die Maßnahmen Praxiswirtschaftlichkeit, Personalbindung, regionale Erreichbarkeit, Patientinnen- und Patientenzugang und laufende Vergütungsverfahren berühren können.

Die unterzeichnenden Verbände verlangen daher keine Ausblendung der Finanzierungsfrage, sondern eine transparente, heilmittelbereichsspezifische und belastbare Tatsachengrundlage vor gesetzlichen Eingriffen in §§ 32, 61, 62, 71, 125 und 125a SGB V.



## Einleitung

Die unterzeichnenden maßgeblichen Berufsverbände der Heilmittelversorgung beanstanden hiermit gemeinsam die Tatsachen- und Methodengrundlage im laufenden Gesetzgebungsverfahren. Die Beanstandung richtet sich gegen die dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (BStabG) zugrunde liegende Begründung im Bereich der Heilmittelversorgung.

Sie knüpft an die bereits vorgelegten gemeinsamen Eingaben der unterzeichnenden Verbände an: das Positionspapier „Falsche Weichenstellung für eine alternde Volkswirtschaft“ vom 23. April 2026 sowie die gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 18. April 2026.

Diese Beanstandung erfolgt ausdrücklich nicht allein als berufspolitische Bewertung. Sie richtet sich gegen eine aus Sicht der unterzeichnenden Verbände unzutreffende, jedenfalls methodisch unvollständige Tatsachengrundlage, auf deren Basis tiefgreifende Eingriffe in Vergütung, Verhandlungssystematik, Versorgungsverantwortung und Zugang für Patientinnen und Patienten im Heilmittelbereich begründet werden sollen. Die einzelnen Beanstandungspunkte sind in den nachfolgenden Abschnitten I bis XIII ausgeführt; die daraus abgeleiteten Forderungen sind in Abschnitt XIV (Korrekturverlangen) zusammengefasst.

Die unterzeichnenden Verbände vertreten Therapeutinnen und Therapeuten aus Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Podologie, Diätassistenz und Ernährungstherapie. Sie vertreten damit ambulante, präventive, rehabilitative und teilhabesichernde Versorgungsbereiche, die Funktionsfähigkeit, Selbstständigkeit, Teilhabe und Erwerbsfähigkeit sichern und Folgekosten in anderen Leistungsbereichen vermeiden helfen. Der Heilmittelbereich ist ein wesentlicher Teil, kein Randbereich der Versorgung. Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gewinnen personalintensive, funktionssichernde Leistungen weiter an Bedeutung.

Der Referentenentwurf geht im allgemeinen Teil davon aus, dass die Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit (FKG) geeignet seien, das hohe Ausgabenwachstum „ohne Einschränkungen der Versorgungsqualität“ zu senken. Zugleich soll das Maßnahmenpaket die Ausgabendynamik der GKV reduzieren und Vergütungssteigerungen in allen Bereichen des Gesundheitswesens begrenzen. Genau diese Annahme fehlender Versorgungseffekte ist im Heilmittelbereich methodisch nicht tragfähig.

Die unterzeichnenden Verbände bitten daher darum, diese Tatsachen- und Methodenbeanstandung vor einer Kabinettsbefassung aktenkundig zu machen, den betroffenen Ressorts zuzuleiten und die Gesetzesbegründung im Heilmittelteil vor einer weiteren Befassung grundlegend zu korrigieren.

## I. Unzulässig pauschalisiert: die Ausgabentreiber im Heilmittelbereich

Der Referentenentwurf stellt die Ausgabenentwicklung im Heilmittelbereich pauschal als Ergebnis hoher Preissteigerungen dar. Nach der Entwurfsbegründung soll die Entwicklung nicht auf eine starke Ausweitung der Leistungsmengen oder strukturelle Verschiebungen in der Leistungserbringung zurückzuführen sein, sondern wesentlich auf Preissteigerungen für Heilmittelleistungen beruhen.

Diese Darstellung ist in dieser Pauschalität methodisch nicht tragfähig.

Die Heilmittelversorgung ist kein homogener Leistungsblock. Zwischen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie, Diätassistenten und Ernährungstherapie bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich Indikationsstruktur, Behandlungsfrequenz, Leistungsumfang, Verordnungsdynamik, Fachkräftebasis, Praxisstruktur und Kostenentwicklung. Eine Gesetzesbegründung, die den gesamten Heilmittelbereich pauschal als preisgetrieben darstellt, ohne diese Unterschiede differenziert auszuweisen, kann keinen einheitlichen Eingriff in alle Heilmittelbereiche tragen.

Die FKG hat selbst einen wissenschaftlichen Anspruch formuliert, wonach Wirkungen abzuschätzen, Risiken zu quantifizieren und Unsicherheiten transparent zu machen sind. Ihre Vorschläge begründen keinen politischen Umsetzungsautomatismus; normative Entscheidungen, Priorisierungen und gesellschaftliche Wertungen bleiben Aufgabe demokratisch legitimierter Institutionen. Es ist daher methodisch nicht ausreichend, einzelne Ausgabentrends pauschal als Preisproblem zu beschreiben und daraus für alle Heilmittelbereiche eine einheitliche Vergütungsdeckelung abzuleiten.

## II. Unzureichend getrennt: Preis-, Mengen-, Struktur- und Heilmittelmixeffekte

Die geplanten Regelungen greifen in Vergütungssysteme ein, ohne dass erkennbar sauber zwischen Preis-, Mengen-, Struktur- und Mixeffekten unterschieden wird. Ein Anstieg der durchschnittlichen Ausgaben je Verordnung oder je Behandlungseinheit kann unterschiedliche Ursachen haben:

- höhere Vergütung derselben Leistung,
- höherer Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung,
- mehr Behandlungseinheiten,
- längere oder aufwendigere Behandlungsformen,
- veränderte Indikationsstrukturen,
- mehr Hausbesuche,
- Verschiebungen zwischen Heilmittelbereichen,
- Verschiebungen innerhalb eines Heilmittelbereichs, etwa zwischen allgemeiner Krankengymnastik, Manueller Therapie, KG-ZNS, Manueller Lymphdrainage, KG-Gerät, Hausbesuchen und ergänzenden Leistungen.



Gerade in der Physiotherapie bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Leistungen hinsichtlich Vergütung, Regelbehandlungszeit, fachlichem Aufwand und Indikation. Eine Verschiebung innerhalb dieses Heilmittelbereichs kann den durchschnittlichen Umsatz je Behandlungseinheit erhöhen, ohne dass daraus ohne weitere Bereinigung auf eine reine Preissteigerung der einzelnen Leistung geschlossen werden darf.

Besonders relevant ist dabei: Die Physiotherapie weist den größten Anteil an den Heilmittelausgaben auf. Eine methodisch unzureichende Bereinigung innerhalb der Physiotherapie strahlt deshalb auf die Bewertung des gesamten Heilmittelbereichs aus. Wenn physiotherapeutische Mixeffekte nicht sauber von echten Preissteigerungen getrennt werden, kann dies die Gesamtdiagnose des Referentenentwurfs verzerren und zu Schlussfolgerungen führen, die anschließend auch auf die übrigen genannten Heilmittelbereiche übertragen werden, obwohl diese eigenen Leistungs-, Kosten- und Mengenlogiken folgen.

Erforderlich wäre mindestens eine standardisierte Analyse bei konstantem Leistungs-, Indikations-, Verordner-, Dauer-, Hausbesuchs- und Strukturmix. Ohne eine solche Bereinigung kann die Entwicklung der durchschnittlichen Ausgaben je Behandlungseinheit nicht belastbar als reine Preisentwicklung interpretiert werden.

### **III. Falscher Maßstab: Grundlohnsummenbindung statt Kostenbezug**

Der Referentenentwurf sieht vor, dass § 71 SGB V künftig auch im Heilmittelbereich für Verträge nach §§ 125 und 125a SGB V gilt. Bei Vergütungsvereinbarungen sollen die Vertragspartner vorrangig den Grundsatz der Beitragssatzstabilität beachten; Preisanhebungen oberhalb der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V sollen ausgeschlossen sein. Damit würde die Vergütungsentwicklung im Heilmittelbereich wieder vorrangig an eine einnahmenorientierte Größe gekoppelt. Diese Größe bildet die tatsächliche Kostenentwicklung in Heilmittelpraxen nicht ab.

Heilmittelpraxen sind personalintensive Versorgungsbetriebe. Ihre Kostenentwicklung wird insbesondere geprägt durch Personalkosten, Mieten, Energie, Bürokratie und Refinanzierungsrisiken. Die Grundlohnrate bildet diese sektoralen Kosten nicht spezifisch ab. Sie ist daher kein geeigneter Maßstab, um zu beurteilen, ob Vergütungen für Heilmittelpraxen wirtschaftlich tragfähig, leistungsgerecht und versorgungsstabilisierend sind.

Dies ist keine neue Bewertung der Verbände. Der Gesetzgeber selbst hatte im TSVG begründet, warum die Begrenzung durch die Veränderungsrate nach § 71 SGB V im Heilmittelbereich entfristet aufgehoben wurde. Statt der Veränderungsrate sollten künftig Parameter berücksichtigt werden, die die gesamten Kosten eines wirtschaftlich zu führenden Praxisbetriebs betreffen und die realen Kostenentwicklungen im Heilmittelbereich deutlich besser widerspiegeln als die Veränderungsrate, denn diese berechnet sich ausschließlich aus den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten und



bildet tatsächliche Kostensteigerungen gerade nicht ab. Genannt wurden ausdrücklich Personalkosten, Sachkosten und laufende Praxiskosten.

Der Referentenentwurf führt damit einen historisch bereits als unzureichend erkannten Maßstab wieder als harte Obergrenze ein, ohne darzulegen, warum dieser Maßstab heute geeignet sein soll, die tatsächliche Kosten- und Versorgungssituation im Heilmittelbereich sachgerecht abzubilden.

#### **IV. Selbstkorrektur des Gesetzgebers: HHVG und TSVG**

Die Annahme, eine Rückkehr zur vorrangigen Grundlohnsummenbindung bleibe ohne negative Versorgungseffekte, steht im Widerspruch zur Gesetzgebungsgeschichte des Heilmittelbereichs.

Bereits der Regierungsentwurf zum HHVG stellte fest, dass es im Heilmittelbereich zu Situationen kommen kann, in denen Vergütungsvereinbarungen den Anstieg des Versorgungsbedarfs der Versicherten, die damit verbundenen Anforderungen an die Leistungserbringenden und die Versorgungsstrukturen nicht angemessen abbilden. Als Reaktion darauf sollte das System der Preisfindung im Heilmittelbereich weiter flexibilisiert werden; für die Jahre 2017 bis 2019 wurde die Begrenzung von Vergütungsanhebungen durch die Grundlohnrate aufgehoben.

Auch der Gesundheitsausschuss des Bundestages hatte den Zusammenhang zwischen angemessener Vergütung, Fachkräftesicherung und Versorgung ausdrücklich hergestellt. In der Beschlussempfehlung zum HHVG heißt es, zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung mit Heilmittelleistungen und zur Entgegenwirkung eines Fachkräftemangels sei eine zufriedenstellende Vergütungssituation auch für angestellte Therapeutinnen und Therapeuten wichtig. Heilmittelleistungen müssten von den Krankenkassen angemessen vergütet werden; steigende Vergütungen müssten auch den angestellten Therapeutinnen und Therapeuten zugutekommen.

Damit ist amtlich dokumentiert: Vergütung, Fachkräftebindung und flächendeckende Versorgung sind im Heilmittelbereich miteinander verknüpft. Die damalige Abkehr von der Grundlohnsummenbindung war daher nicht nur eine technische Änderung der Preisfindung, sondern eine versorgungspolitisch begründete Korrektur. Wenn dieser Maßstab nun wieder als feste Obergrenze eingeführt werden soll, muss der Gesetzgeber darlegen, warum ein zuvor als unzureichend erkannter Maßstab heute ohne Versorgungseffekte reaktiviert werden kann. Eine solche Darlegung fehlt.

#### **V. Ergotherapie: Besondere Anfälligkeit durch retrospektive Preisbildung**

Besonders problematisch ist die geplante Regelung für die Ergotherapie. In der Ergotherapie erfolgt die Vergütungsbildung bislang nach einer Logik, die Kostenentwicklungen retrospektiv mit zeitlichem Nachlauf abbildet. Schon deshalb kommen tatsächliche Belastungen des laufenden Jahres nicht vollständig und nicht zeitgleich in der Vergütung an.



Diese besondere Anfälligkeit wird durch die Materialien der FKG nicht entkräftet. Im Gegenteil weist der Bericht selbst darauf hin, dass politische Entscheidungen laufende Vergütungsverhandlungen beeinflussen und einzelne Heilmittelbereiche je nach Verhandlungsstand unterschiedlich treffen können. Gerade deshalb braucht es eine ausdrückliche Übergangs- und Nichtpräjudizierungsregelung.

Wird auf diese ohnehin verzögerte Kostenabbildung zusätzlich die Grundlohnrate als Obergrenze gelegt und für die Jahre 2027 bis 2029 nochmals pauschal um einen Prozentpunkt abgesenkt, vergrößert sich die Distanz zwischen realer Kostenentwicklung und zulässiger Vergütungsentwicklung weiter. Wie bereits in der gemeinsamen Stellungnahme vom 18. April 2026 dargelegt, wirkt dies als Lastenverlagerung in die Praxen: Mehrbedarf, komplexere Behandlungsverläufe, Personalengpässe und zusätzliche Verantwortung werden nicht refinanziert, sondern in die Praxen hinein verlagert.

Die Ergotherapie würde damit nicht nur wie alle anderen Heilmittelbereiche gedeckelt. Sie würde auf einer ohnehin verspäteten Kostenbasis gedeckelt. Eine solche Konstruktion kann zu einer besonderen Benachteiligung führen, die weder aus der Versorgungslage noch aus der Kostenrealität der Ergotherapie abgeleitet ist, sondern aus der zeitlichen Struktur der Vergütungsbildung. Für die Ergotherapie ist daher ausdrücklich sicherzustellen, dass laufende und retrospektiv wirkende Vergütungsverfahren nicht durch eine neue Grundlohnobergrenze präjudiziert werden.

## **VI. Verengter Versorgungsbegriff**

Besonders schwerwiegend ist die Annahme, die vorgeschlagenen Maßnahmen könnten ohne negative Auswirkungen auf die Versorgung umgesetzt werden. Diese Annahme ist methodisch nicht belastbar.

Die FKG und der Referentenentwurf behandeln Versorgung im Heilmittelbereich ersichtlich so, als sei Versorgung bereits dann gesichert, wenn der gesetzliche Leistungsanspruch, die formale Indikationsstellung und die grundsätzliche Möglichkeit der Leistungserbringung unberührt bleiben. Das greift zu kurz: Versorgung entsteht nicht allein durch gesetzliche Ansprüche. Versorgung entsteht durch wirtschaftlich tragfähige Praxen, ausreichend Fachkräfte, erreichbare Angebote, zumutbare Wartezeiten, reale Terminverfügbarkeit und eine Refinanzierung, die auch komplexe therapeutische Verantwortung ermöglicht.

Die FKG beschreibt bei ihren Vorschlägen Risiken für Personalgewinnung und -bindung. Gleichzeitig werden diese Risiken nicht als Versorgungsrisiken weitergedacht. Die wissenschaftliche Einordnung der maßgeblichen Verbände hält dazu zutreffend fest: Personalbindungsrisiken zu benennen und keine Versorgungsrisiken abzuleiten, ist wissenschaftlich nicht haltbar.

Die pauschale Verneinung negativer Versorgungseffekte verwechselt daher einen unveränderten Leistungsanspruch mit gesicherter Versorgung. Wenn Leistungsanspruch, Versorgungsumfang und therapeutische Verantwortung unverändert bleiben, zugleich aber Vergütungsspielräume gedeckelt,



versorgungsbezogene Pauschalen gestrichen und Zuzahlungen erhöht werden, wird die Versorgungslast auf Praxen, Beschäftigte und Betroffene verschoben.

Eine belastbare Versorgungsfolgenabschätzung müsste deshalb mindestens prüfen: Auswirkungen auf Praxiswirtschaftlichkeit und Personalbindung, auf Wartezeiten und regionale Versorgungsdichte, auf Hausbesuche und die Versorgung vulnerabler Patientinnen und Patienten sowie auf Versorgungsabbrüche, verzögerte Inanspruchnahme und Nichtinanspruchnahme. Eine solche differenzierte Versorgungsfolgenabschätzung ist im Referentenentwurf nicht erkennbar. Die volkswirtschaftlichen Folgekosten dieser Versorgungseffekte sind Gegenstand des Abschnitts XIII.

## **VII. § 125a SGB V: Verkürzte Darstellung therapeutischer Verantwortung**

Der Referentenentwurf erkennt an, dass bei einer Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung den Heilmittelerbringern die Verantwortung über Auswahl der Heilmittel sowie Frequenz und Dauer der Behandlung obliegt. Zugleich verneint er einen zusätzlichen Aufwand für Steuerung des Behandlungsverlaufs, Verlaufsdokumentation und Sicherung der Versorgungsqualität. Diese Trennung ist fachlich nicht tragfähig.

Die erweiterte Versorgungsverantwortung endet nicht nach der ersten Einschätzung; sie umfasst die fortlaufende therapeutische Entscheidung, ob Heilmittelauswahl, Frequenz, Dauer, Intensität und Behandlungsstrategie im Verlauf angepasst werden müssen. Diese Entscheidungen sind fachlich zu begründen, zu dokumentieren und unter Gesichtspunkten von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Sicherheit von Patientinnen und Patienten zu verantworten.

Analyse, therapeutische Diagnostik, Verlaufssteuerung, Dokumentation und Qualitätssicherung bilden in einer eigenverantwortlichen therapeutischen Versorgung eine zusammenhängende Prozesskette. Sie können nicht künstlich voneinander getrennt werden. Die gemeinsame Stellungnahme vom 18. April 2026 hat darauf hingewiesen, dass der Entwurf die erweiterte Versorgungsverantwortung vergütungsrechtlich auf einen eng begrenzten Kern reduziert und wesentliche Folgeaufwände ausblendet. Die gesetzliche Streichung versorgungsbezogener Pauschalen beruht damit auf einer fachlich verkürzten Darstellung der erweiterten therapeutischen Verantwortung.

## **VIII. § 125a SGB V: Differenzierung zwischen Ergo- und Physiotherapie zwingend**

Die Bewertung versorgungsbezogener Pauschalen darf nicht für Ergotherapie und Physiotherapie gemeinsam erfolgen. Beide Bereiche unterscheiden sich in Implementierungszeitpunkt, Leistungsstruktur, Indikationsspektrum, Versorgungslogik, Dokumentationspraxis und praktischer Umsetzung der Blankoverordnung. Eine Aussage, wonach gesonderte Pauschalen sachlich nicht begründet seien, kann deshalb nicht aus einer gemeinsamen oder undifferenzierten Betrachtung abgeleitet werden.



Erforderlich ist mindestens eine getrennte Evaluation für Ergotherapie und Physiotherapie. Dabei ist nicht nur zu prüfen, ob sich Abrechnungsmuster oder Leistungsmengen verändern. Zu prüfen ist vielmehr, welcher zusätzliche Aufwand durch eigenständige therapeutische Entscheidung, Verlaufssteuerung, Anpassung von Frequenz und Dauer, Dokumentation, Qualitätssicherung, Patientinnen- und Patientenkommunikation und gegebenenfalls interprofessionelle Abstimmung entsteht.

Die wissenschaftliche Einordnung der Verbände kritisiert zu Recht, dass die Bewertung der Pauschalen auf stichprobenartige Analysen eines Kostenträgers gestützt wird, obwohl solche Analysen keine robuste, unabhängige Evaluation eines neuen Versorgungsmodells ersetzen können. Zugleich steht die Blankoverordnung noch in einer frühen Implementierungsphase; die bundesweite Datengrundlage ist noch im Aufbau. Solange diese bereichsspezifische Evaluation nicht vorliegt, ist ein gesetzliches Verbot versorgungsbezogener Pauschalen methodisch nicht tragfähig. Auf die unzureichende Transparenz dieser Datengrundlage ist im folgenden Abschnitt IX gesondert einzugehen.

## **IX. § 125a SGB V: Datengrundlage zur Blankoverordnung nicht ausreichend transparent**

Die Blankoverordnung ist eine junge Versorgungsform. Ihre Bewertung erfordert eine differenzierte Analyse der tatsächlichen Versorgungspraxis, der Indikationsverteilung, der Behandlungsverläufe, der Steuerungsentscheidungen, der Dokumentationsanforderungen, der Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Auswirkungen auf Praxen.

Abrechnungsdaten zeigen, welche Leistungen abgerechnet wurden. Sie zeigen aber nicht vollständig, welcher zusätzliche fachliche Aufwand durch eigenständige Verlaufssteuerung, Anpassungsentscheidungen, Dokumentation, Qualitätssicherung und Abstimmung entsteht. Gerade in der frühen Implementierungsphase können zusätzliche Koordinations-, Entscheidungs- und Dokumentationsaufwände bestehen, ohne sich bereits als klar abweichendes Muster in Routinedaten niederschlagen. Die Schlussfolgerung, versorgungsbezogene Pauschalen seien sachlich nicht begründet oder stellten eine Doppelvergütung dar, ist deshalb methodisch deutlich zu weitgehend.

Eine gesetzliche Streichung versorgungsbezogener Pauschalen darf nicht auf einer Datengrundlage beruhen, deren Methodik, Auswahl, Beobachtungszeitraum, Aussagekraft und fachliche Validität nicht vollständig offengelegt wurden. Erforderlich ist eine unabhängige, methodisch transparente und heilmittelbereichsspezifische Evaluation vor einem gesetzlichen Eingriff.

## **X. Zuzahlungserhöhung verschärft historisch fehlerhafte Heilmittelmethodik**



Die unterzeichnenden Verbände beanstanden die geplante Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungen im Heilmittelbereich nicht nur als sozialpolitisch belastend, sondern als methodisch fehlerhaft.

Der Heilmittelbereich unterliegt einer besonderen Zuzahlungslogik. Versicherte tragen nicht nur einen prozentualen Anteil an den Kosten des Heilmittels, sondern zusätzlich eine feste verordnungsbezogene Pauschale. Diese Doppelformel unterscheidet sich von Zuzahlungsmechanismen, die prozentuale Eigenanteile durch Mindest- und Höchstbeträge begrenzen. Die Sonderstellung ist bereits aus § 61 SGB V ersichtlich: Bei Heilmitteln wird ein prozentualer Eigenanteil mit einem zusätzlichen Betrag je Verordnung kombiniert.

Der Referentenentwurf verschärft diese Sonderlogik, indem die feste Pauschale von 10 Euro auf 15 Euro je Verordnung angehoben und künftig zusätzlich dynamisiert werden soll. Damit wird nicht nur ein real entwerteter Festbetrag angepasst. Vielmehr wird eine bereits dynamische Eigenbeteiligung weiter erhöht: Der prozentuale Anteil wächst mit jeder Vergütungsanpassung automatisch mit; zusätzlich soll nun auch die feste Pauschale steigen und fortgeschrieben werden.

Für Heilmittelpatientinnen und -patienten bedeutet dies eine strukturelle Mehrfachbelastung, die besonders Menschen mit wiederkehrendem, langfristigem oder chronischem Therapiebedarf trifft. Heilmittelzuzahlungen stellen schon heute einen besonders relevanten Zuzahlungsbereich innerhalb der GKV dar; Menschen mit wiederkehrendem, langfristigem oder chronischem Therapiebedarf sind besonders stark betroffen. Der Referentenentwurf behandelt die Erhöhung der festen Pauschale als nachholende Anpassung, ohne die heilmittelspezifische Doppelformel aus prozentualer Beteiligung und verordnungsbezogener Pauschale methodisch zu korrigieren.

## **XI. Zuzahlungsmethodik: Korrektur erforderlich wegen Leistungsverzichtsrisiko**

Der Hinweis auf Belastungsgrenzen trägt die Verschärfung der Zuzahlungen nicht. Die FKG weist selbst darauf hin, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass Versicherte aufgrund von Zuzahlungen auf medizinisch notwendige Leistungen verzichten. Sie hält zudem fest, dass nicht sichergestellt ist, dass alle Versicherten oberhalb ihrer individuellen Belastungsgrenze tatsächlich befreit werden. Damit ist die Annahme, eine Zuzahlungserhöhung bleibe ohne relevante Versorgungseffekte, bereits durch die eigene Risikodarstellung der FKG relativiert.

Die gemeinsame Stellungnahme vom 18. April 2026 greift diesen Punkt ausdrücklich auf und hält fest, dass die Erhöhung und automatische Dynamisierung der Zuzahlungen im Heilmittelbereich das Risiko verschärft, dass notwendige Versorgung aus Kostengründen verzögert oder nicht in Anspruch genommen wird.

Besonders problematisch ist dies im Zusammenhang mit der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V. Die Blankverordnung soll eine bedarfsgerechtere



Versorgung ermöglichen. Wenn aber gleichzeitig die Eigenbeteiligung von Betroffenen erhöht und dynamisiert wird, entsteht ein gegenläufiger Steuerungsimpuls: Therapeutische Verantwortung wird erweitert, während die Inanspruchnahme für Menschen mit komplexem oder längerfristigem Bedarf finanziell erschwert werden kann. Gerade dort, wo Versorgung flexibler, individueller und bedarfsorientierter werden soll, darf diese nicht durch steigende, verordnungsbezogene Eigenanteile faktisch ausgebremst werden.

Die unterzeichnenden Verbände fordern daher nicht nur, die geplante Zuzahlungserhöhung auszusetzen. Erforderlich ist vielmehr eine überfällige Korrektur der heilmittelspezifischen Zuzahlungsmethodik. Dazu gehört insbesondere, die strukturelle Doppelbelastung aus prozentualem Eigenanteil und zusätzlicher verordnungsbezogener Pauschale neu zu ordnen und die Auswirkungen auf Leistungsverzicht, Therapieabbrüche, verzögerte Inanspruchnahme und Versorgung chronisch Kranker empirisch zu prüfen. Dies gilt besonders für Versorgungsformen mit erweitertem therapeutischem Entscheidungsspielraum nach § 125a SGB V, weil dort therapeutische Flexibilisierung nicht durch finanzielle Zugangshürden konterkariert werden darf.

## **XII. Fehlender Schutz laufender Vergütungs- und Schiedsverfahren**

Der Referentenentwurf enthält keine hinreichende Regelung zum Schutz laufender oder noch nicht abgeschlossener Vergütungsverhandlungen und Schiedsverfahren. Das ist insbesondere deshalb relevant, weil sich die Heilmittelbereiche in unterschiedlichen vertraglichen und zeitlichen Situationen befinden. Wenn eine neue gesetzliche Deckelung auf laufende Verfahren wirkt, können einzelne Heilmittelbereiche allein aufgrund des Zeitpunkts der politischen Entscheidung schlechter gestellt werden.

Eine solche Benachteiligung wäre nicht durch unterschiedliche Kosten- oder Versorgungsrealitäten begründet, sondern durch den zufälligen Zeitpunkt gesetzgeberischer Intervention. Für laufende oder noch nicht abgeschlossene Vergütungsverhandlungen und Schiedsverfahren ist daher mindestens eine ausdrückliche Übergangsregelung erforderlich. Für die Ergotherapie muss zusätzlich berücksichtigt werden, dass retrospektive Preisbildung und gesetzliche Deckelung kumulativ wirken können.

## **XIII. Ausblendung möglicher gesamtwirtschaftlicher Folgekosten**

Die Heilmittelversorgung ist ein ambulanter, präventiver, rehabilitativer und teilhabesichernder Versorgungsbereich und mitnichten eine bloße Ausgabenposition der GKV. Eine belastbare Gesetzesfolgenabschätzung darf deshalb nicht ausschließlich unmittelbare GKV-Minderausgaben betrachten. Sie muss auch prüfen, ob kurzfristige Einsparungen in der Heilmittelversorgung mittelbar Folgekosten in anderen Leistungsbereichen oder Sozialversicherungssystemen auslösen können.



Heilmittel können dazu beitragen, Funktionsfähigkeit, Alltagsbewältigung, Erwerbsfähigkeit und Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Wird der Zugang zu solchen Leistungen durch höhere Zuzahlungen erschwert oder werden wohnortnahe Versorgungskapazitäten wirtschaftlich geschwächt, können sich Risiken etwa bei Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsteilhabe und regionaler Versorgung verdichten. Solche Folgekosten sind im Referentenentwurf nicht belastbar quantifiziert; auch dies ist ein methodischer Mangel.

Eine belastbare Gesetzesfolgenabschätzung müsste deshalb mindestens prüfen:

- längere Arbeitsunfähigkeit,
- verzögerte Rehabilitation,
- Frühverrentung und sinkende Erwerbsfähigkeit,
- steigende Pflegebedürftigkeit,
- zusätzliche Belastungen anderer Sozialversicherungssysteme,
- regionale Versorgungsengepässe und verlängerte Wartezeiten.

Diese gesamtwirtschaftliche Betrachtung fehlt im Heilmittelteil des Referentenentwurfs. Die vorliegende Beanstandung behauptet nicht, dass alle genannten Folgekosten sicher eintreten, sondern stellt fest, dass der Referentenentwurf diese naheliegenden Risiken vor einem tiefgreifenden Eingriff in Vergütung, Zuzahlung und Versorgungssteuerung nicht erkennbar prüft.

#### XIV. Korrekturverlangen

Die unterzeichnenden Verbände fordern, den Heilmittelteil des Referentenentwurfs vor einer Kabinettsbefassung grundlegend zu überarbeiten. Mindestens erforderlich sind:

- **Korrektur der Gesetzesbegründung** – Die pauschale Aussage, die Heilmittelausgabenentwicklung sei nicht auf Mengen- oder Strukturveränderungen zurückzuführen, ist zu streichen oder differenziert nach Heilmittelbereichen zu korrigieren.
- **Heilmittelbereichsspezifische Kostentreiberanalyse** – Vor Eingriffen in §§ 125 und 125a SGB V ist eine getrennte Analyse für Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Podologie, Diätassistenz und Ernährungstherapie vorzulegen.
- **Bereinigung von Leistungs-, Indikations- und Heilmittelmixeffekten** – Die behauptete Preisentwicklung ist durch eine standardisierte Analyse bei konstantem Leistungs-, Indikations-, Verordner-, Dauer-, Hausbesuchs- und Strukturmix zu überprüfen.
- **Besondere Prüfung des physiotherapeutischen Heilmittelmixes** – Da die Physiotherapie den größten Anteil an den Heilmittelausgaben aufweist, ist besonders zu prüfen, ob Verschiebungen innerhalb der physiotherapeutischen Leistungen die Gesamtbewertung des Heilmittelbereichs verzerren.

- **Verzicht auf die Wiedereinführung der Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich –**  
Auf die vorgesehene Wiedereinführung der Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich ist zu verzichten. Hilfsweise ist jedenfalls der zusätzliche Abschlag von einem Prozentpunkt zu streichen, die Regelung strikt zu befristen und mit einer verbindlichen Evaluation ihrer Auswirkungen auf Vergütung, Fachkräftesicherung, Praxisstabilität und Versorgung zu verknüpfen.
- **Schutz der Ergotherapie vor retrospektiver Benachteiligung –** Für die Ergotherapie ist ausdrücklich sicherzustellen, dass laufende und retrospektiv wirkende Vergütungsverfahren nicht durch eine neue Grundlohnobergrenze präjudiziert werden. Eine Deckelung auf verspäteter Kostenbasis ist auszuschließen.
- **Differenzierte Versorgungsfolgenabschätzung –** Die Annahme fehlender negativer Versorgungseffekte ist zu streichen, solange keine belastbare Prüfung zu Praxiswirtschaftlichkeit, Fachkräftebindung, Wartezeiten, regionalem Zugang, Versorgung komplexer Patientinnen- und Patientengruppen und Versorgung vulnerabler Patientinnen und Patienten vorliegt.
- **Versorgungsbezogene Pauschalen: keine Streichung auf unzureichender Datengrundlage –**  
Vor einer gesetzlichen Intervention in § 125a SGB V sind Methodik, Datenbasis und Aussagekraft vollständig offenzulegen und unabhängig zu evaluieren.
- **Getrennte Evaluation von Ergotherapie und Physiotherapie bei § 125a SGB V –**  
Versorgungsbezogene Pauschalen in der Blankoversorgung dürfen nicht pauschal und heilmittelbereichsübergreifend gestrichen werden. Erforderlich ist eine getrennte, unabhängige und methodisch transparente Evaluation für Ergotherapie und Physiotherapie.
- **Überfällige Korrektur der Heilmittel-Zuzahlungsmethodik –** Die geplante Erhöhung und Dynamisierung der Heilmittelzuzahlungen ist nicht lediglich auszusetzen. Die heilmittelspezifische Zuzahlungsmethodik ist grundlegend zu korrigieren. Insbesondere ist die strukturelle Doppelbelastung aus prozentualem Eigenanteil und zusätzlicher verordnungsbezogener Pauschale zu überprüfen und so neu zu ordnen, dass Menschen mit regelmäßigem, langfristigem oder chronischem Heilmittelbedarf nicht weiterhin strukturell benachteiligt werden.
- **Empirische Prüfung von Leistungsverzicht und Therapieabbrüchen –** Eine heilmittelbereichsspezifische Analyse zu Leistungsverzicht, verzögerter Inanspruchnahme, Therapieabbrüchen und Belastung chronisch kranker Versicherter ist vorzulegen, bevor diese weiter belastet werden. Dies gilt besonders für die Versorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V.



- **Schutz laufender Vergütungsverfahren** – Für laufende oder noch nicht abgeschlossene Vergütungsverhandlungen und Schiedsverfahren ist eine ausdrückliche Übergangsregelung aufzunehmen.
- **Befristung, Evaluation und Nachsteuerung** – Sollte der Gesetzgeber trotz der beanstandeten Tatsachen- und Methodenmängel an den Regelungen festhalten, sind Befristung, verbindliche Evaluation, Härtefallmechanismus und Nachsteuerungspflicht vorzusehen.
- **Aktenkundige Befassung der Bundesregierung** – Diese Tatsachen- und Methodenbeanstandung ist vor einer Kabinettsbefassung der Bundesregierung, insbesondere dem Bundeskanzleramt, dem Bundesministerium der Justiz und dem Bundesministerium der Finanzen, zuzuleiten.

## XV. Schlussbemerkung

Die unterzeichnenden Verbände stellen ausdrücklich klar: Diese Beanstandung richtet sich nicht gegen eine sachgerechte Stabilisierung der GKV-Finzen. Sie richtet sich gegen eine gesetzgeberische Begründung und Ausgestaltung, die im Heilmittelbereich auf einer nicht zutreffenden, unvollständigen und methodisch nicht ausreichend belastbaren Tatsachengrundlage beruht.

Heilmittelversorgung ist personalintensiv, wohnortnah, rehabilitativ, präventiv und teilhabesichernd. Wer Vergütungsspielräume deckelt, versorgungsbezogene Pauschalen streicht und Kranke stärker belastet, greift nicht nur in Finanzierungsmechanismen ein, sondern berührt reale Versorgungsvoraussetzungen. Der Referentenentwurf behandelt den Heilmittelbereich als kurzfristig begrenzbar Ausgabenmasse, ohne die tatsächlichen Kostentreiber, die Unterschiede zwischen den Heilmittelbereichen, die besondere Situation der Ergotherapie, die Methodik der Zuzahlungen, die Versorgungseffekte der Blankoverordnung und mögliche gesamtwirtschaftliche Folgekosten ausreichend zu prüfen.

Wir bitten um schriftliche Bestätigung, dass diese Tatsachen- und Methodenbeanstandung im weiteren Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt, aktenkundig gemacht und der Bundesregierung vor einer Kabinettsbefassung zur Kenntnis gegeben wird. Die Bestätigung erbitten wir innerhalb von 14 Tagen ab Zugang dieses Schreibens, jedenfalls aber rechtzeitig vor der Kabinettsbefassung.

Zugleich bitten wir darum, vor einer weiteren Befassung des Kabinetts eine korrigierte, heilmittelbereichsspezifische und methodisch transparente Begründung vorzulegen.

Mit freundlichen Grüßen von den Vorständen von

- Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e.V.
- LOGO Deutschland, Selbstständige in der Logopädie e.V.

Beanstandung von Tatsachen- u. Methodengrundlage: BED, LD, VDB, podo deutschland, VDP, VDD, QUETHEB, VDOE



- VDB Physiotherapieverband e.V.
- Deutscher Verband für Podologie (ZFD) e.V.
- Verband Deutscher Podologen e.V. (VDP)
- Verband der Diätassistenten, Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)
- QUETHEB, Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V.
- BerufsVerband Oecotrophologie e.V. (VDOE)

als maßgebliche Berufsverbände im Heilmittelbereich