



**BÜNDNIS
ZUKUNFT
THERAPIEBERUFE**

Heilmittelversorgung als Kostensenkungsinstrument in Zeiten der GKV-Finanzkrise

*Fachlich und evidenzbasierter Appell gegen kurzfristige Sparmaßnahmen und für
eine zukunftsfeste therapeutische Versorgung*

Tina Wüstefeld & Thomas Kanitz

für das

Bündnis Zukunft Therapieberufe

Juni 2026

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage: Finanzdruck anerkennen, Folgekosten vermeiden	2
2. Der Ausgabenanstieg muss differenziert bewertet werden	2
3. Heilmittelversorgung als folgekostenvermeidende Versorgungsinfrastruktur	3
4. Wissenschaftliche Evidenz: Wie therapeutische Versorgung Folgekosten reduzieren kann	3
4.1 Operationen vermeiden oder hinauszögern	4
4.2 Stationäre Versorgung entlasten und postoperative Risiken reduzieren	4
4.3 Selbstständigkeit erhalten und Pflegebedürftigkeit hinauszögern.....	4
4.4 Arbeitsfähigkeit sichern und Arbeitsunfähigkeit verkürzen	5
4.5 Versorgungssteuerung und Direktzugang	5
4.6 Digitale und hybride Versorgungsformen	5
5. Was aus der Evidenz folgt: gekürzte Heilmittel verschwinden nicht.....	5
6. Zuzahlungen gefährden Zugang zu notwendiger Versorgung	6
7. Blankoverordnung: Verantwortung braucht Vergütung	7
8. Akademisierung, Berufsgesetzreform und Evidenzaufbau zusammendenken.....	8
9. Schulgeldfreiheit und Ausbildungsfinanzierung dauerhaft sichern	9
10. Empfehlungen an die Gesundheitspolitik.....	10
11. Fazit.....	11
Quellenverzeichnis.....	12

Kernaussage

Die Heilmittelberufe stabilisieren Versorgung, indem sie Menschen dabei unterstützen, beweglich, handlungsfähig, kommunikationsfähig, selbstständig und erwerbsfähig zu bleiben oder diese Fähigkeiten wiederzuerlangen. Unter geeigneten Rahmenbedingungen vermeiden sie dadurch Folgekosten in Klinik, Pflege, Arbeitswelt und sozialer Sicherung. Genau deshalb dürfen sie in der GKV-Finanzkrise nicht durch starre Vergütungsdeckelung, höhere Zuzahlungen und die Entwertung neuer Versorgungsmodelle geschwächt werden.

Über das Bündnis Zukunft Therapieberufe

Das Bündnis Zukunft Therapieberufe ist ein berufsübergreifendes Netzwerk von Therapierenden aus den Heilmittelberufen. Es vernetzt engagierte Fachkräfte bundesweit, fördert den Austausch über berufspolitische Themen und setzt sich für eine zukunftsfähige therapeutische Versorgung ein.

Ziel des Bündnisses ist es, gemeinsame Herausforderungen sichtbar zu machen, Lösungen zu entwickeln und die Perspektiven der Therapieberufe in die öffentliche und politische Debatte einzubringen.

1. Ausgangslage: Finanzdruck anerkennen, Folgekosten vermeiden

Die gesetzliche Krankenversicherung steht unter erheblichem Finanzdruck. Dass die Bundesregierung Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze prüft, ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar. Entscheidend ist jedoch, wo gespart wird und welche Folgekosten dadurch entstehen.

Der Kabinettsentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes greift im Heilmittelbereich insbesondere an vier Stellen ein: Für Verträge nach § 125 SGB V und § 125a SGB V soll künftig § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V entsprechend gelten. Die Veränderungsrate soll für die Jahre 2027 bis 2029 zusätzlich um einen Prozentpunkt gemindert werden. Bei der Blankoverordnung sollen Pauschalen ausgeschlossen werden, soweit sie mit besonderer Versorgungsverantwortung über Analyse des therapeutischen Bedarfs oder therapeutische Diagnostik hinaus begründet werden. Zudem sollen Patient*innen bei Heilmitteln künftig 10 Prozent der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung zahlen; ab 2028 ist eine Dynamisierung vorgesehen (BMG, 2026).

Damit wird Heilmittelversorgung erneut vor allem als Ausgabenblock adressiert. Dieser Blick ist zu eng. Heilmittel wirken an einem zentralen Punkt im Versorgungssystem: Sie setzen häufig ambulant, alltagsnah und vergleichsweise frühzeitig an. Sie erhalten und verbessern Mobilität, Selbstständigkeit, Kommunikation, Handlungsfähigkeit, Alltagsteilhabe und Erwerbsfähigkeit. Werden diese Strukturen geschwächt, entstehen die Folgen nicht erst in einer fernen Zukunft, sondern in laufenden Versorgungswegen.

Was bei Heilmitteln gekürzt wird, verschwindet nicht aus dem Versorgungssystem. Es taucht unmittelbar an anderer Stelle wieder auf: als verzögerte Behandlung, höhere Belastung ärztlicher und stationärer Versorgung, längere Arbeitsunfähigkeit, verspäteter Wiedereinstieg in Arbeit, früherer Pflegebedarf und zusätzliche Belastung sozialer Sicherungssysteme. Eine echte Einsparung liegt nur dann vor, wenn durch die reduzierte Ausgabe keine höheren Kosten in anderen Bereichen entstehen.

Die Kritik an dieser Ausrichtung wird heilmittelbereichsübergreifend getragen. Maßgebliche Verbände aus Ergotherapie, Physiotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Podologie und Ernährungstherapie haben darauf hingewiesen, dass ambulante, präventive und rehabilitative Versorgungsbereiche Erwerbsfähigkeit erhalten, Frühverrentungen vermeiden helfen und als produktive Infrastruktur für Beschäftigung, Stabilität und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit verstanden werden müssen (LOGO Deutschland et al., 2026).

2. Der Ausgabenanstieg muss differenziert bewertet werden

Die FinanzKommission Gesundheit verweist darauf, dass die Nettoausgaben im Heilmittelbereich zwischen 2017 und 2024 von 5,6 Milliarden Euro auf 11,1 Milliarden Euro gestiegen sind. Zugleich beschreibt sie, dass die Nettoausgaben je Behandlungseinheit im selben Zeitraum um 72,2 Prozent gestiegen sind (FinanzKommission Gesundheit, 2026). Diese Entwicklung zeigt, dass Vergütungsanpassungen eine wesentliche Rolle gespielt haben. Sie darf aber nicht so verkürzt werden, als sei der gesamte Ausgabenanstieg allein Folge höherer Preise oder höherer Praxiseinnahmen.

Eine solche Verkürzung ist fachlich und politisch problematisch. Denn die Ausgabendynamik entsteht nicht nur über Preise. Sie entsteht auch über Mengen, Behandlungsvolumina, Verwaltungsstrukturen und reale Versorgungsentwicklungen. Die FinanzKommission selbst beschreibt, dass seit Anfang 2024 die Mengenkompente, gemessen an Behandlungseinheiten, wieder spürbar an Einfluss gewinnt. Für die Ergotherapie wird ausdrücklich dargestellt, dass der Ausgabenanstieg vor allem durch eine überdurchschnittliche

Zunahme der Behandlungsmengen bestimmt ist. Ähnliche Besonderheiten beschreibt die Kommission auch für Podologie und Ernährungstherapie (FinanzKommission Gesundheit, 2026).

Daraus folgt: Steigende Heilmittelausgaben sind nicht automatisch Ausdruck erhöhter Vergütung. Sie können auch Ausdruck von mehr abgerechneter Versorgung, komplexeren Verläufen, mehr chronischem und altersassoziiertem Behandlungsbedarf, veränderter ambulanter Versorgungsstruktur und einer stärkeren Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen sein.

Gerade in personalintensiven Versorgungsbereichen ist es zu kurz gegriffen, eine Ausgabenentwicklung pauschal durch Rückbindung an eine einnahmenorientierte Grenze zu beantworten. Wenn mehr Menschen therapeutische Versorgung benötigen oder komplexere Verläufe versorgt werden müssen, kann eine starre Deckelung die Versorgung schwächen, statt die Ursache der Ausgabendynamik zu adressieren.

3. Heilmittelversorgung als folgekostenvermeidende Versorgungsinfrastruktur

Die Heilmittelberufe stabilisieren Versorgung, indem sie Menschen dabei unterstützen, beweglich, handlungsfähig, kommunikationsfähig, selbstständig und erwerbsfähig zu bleiben oder diese Fähigkeiten wiederzuerlangen. Unter geeigneten Rahmenbedingungen vermeiden sie dadurch Folgekosten in Klinik, Pflege, Arbeitswelt und sozialer Sicherung.

Diese Grundlogik betrifft den gesamten Heilmittelbereich. Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Podologie und Ernährungstherapie tragen jeweils auf eigene Weise dazu bei, Funktion, Aktivität, Kommunikation, Ernährung, Mobilität, Alltagshandeln, Selbstversorgung, Erwerbsfähigkeit und gesellschaftliche Teilhabe zu sichern.

Diese heilmittelbereichsübergreifende Perspektive entspricht auch der Struktur der maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene: Für jeden Heilmittelbereich werden die Einzelheiten der Versorgung mit dem jeweiligen Heilmittel durch Verträge mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen geregelt. Gemeinsam betroffen sind die Bereiche insbesondere bei Vergütung, Zuzahlung, Fachkräftesicherung, Zugang, Ausbildung, Evidenzaufbau und Versorgungssteuerung (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 2022; GKV-Spitzenverband, 2026).

Die nachfolgenden gesundheitsökonomischen Beispiele stammen schwerpunktmäßig aus der Physiotherapie. Das liegt nicht daran, dass andere Heilmittelbereiche weniger relevant wären. Es liegt auch daran, dass in der Physiotherapie international mehr gesundheitsökonomische Studien vorliegen. Für Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und weitere Heilmittelbereiche besteht ein erheblicher Bedarf an Versorgungsforschung. Fehlende Evidenz ist deshalb nicht mit fehlendem Versorgungspotenzial gleichzusetzen. Sie zeigt vielmehr, dass Forschung, Akademisierung und Finanzierung therapeutischer Versorgungsforschung strukturell ausgebaut werden müssen.

4. Wissenschaftliche Evidenz: Wie therapeutische Versorgung Folgekosten reduzieren kann

Die politische Bewertung des Kabinettsentwurfs muss auf einer fachlichen Grundlage erfolgen. Heilmittelversorgung ist nicht schon deshalb wirtschaftlich, weil sie günstiger ist als andere Versorgungsformen. Sie ist dann wirtschaftlich relevant, wenn sie teurere Verläufe vermeiden, verzögern oder abmildern kann. Genau hierfür gibt es in mehreren Versorgungsfeldern belastbare Hinweise.

4.1 Operationen vermeiden oder hinauszögern

Bei Hüftarthrose zeigte ein randomisierter Langzeit-Follow-up, dass Bewegungstherapie zusätzlich zu Patientenedukation die Notwendigkeit einer totalen Hüftendoprothese reduzieren bzw. hinauszögern kann. Die Autor*innen berichten, dass die Intervention den Bedarf an Hüftgelenkersatz gegenüber Patientenedukation allein um 44 Prozent senkte (Svege et al., 2015).

Auch bei degenerativen Meniskusrissen zeigt die Studienlage, dass strukturierte Bewegungstherapie eine relevante Alternative zur Operation sein kann. In einer randomisierten Studie war Bewegungstherapie der arthroskopischen Teilmeniskektomie nach zwei Jahren nicht unterlegen bzw. hinsichtlich einzelner Funktionsaspekte vorteilhaft (Kise et al., 2016). Die fünfjährige Nachbeobachtung der ESCAPE-Studie zeigte ebenfalls, dass physiotherapeutisch angeleitete Bewegungstherapie der arthroskopischen Teilmeniskektomie hinsichtlich der Kniefunktion nicht unterlegen war (Noorduyn et al., 2022).

Die Schlussfolgerung für die GKV-Finanzierung ist nicht, dass Operationen pauschal ersetzt werden können. Die Schlussfolgerung ist: Dort, wo konservative therapeutische Versorgung wirksam und leitliniengerecht eingesetzt wird, kann sie kostenintensive invasive Versorgung vermeiden oder zeitlich hinausschieben. Wer Heilmittel pauschal schwächt, schwächt damit auch ein Instrument zur Vermeidung höherer Folgekosten.

4.2 Stationäre Versorgung entlasten und postoperative Risiken reduzieren

Auch im perioperativen Bereich zeigt sich die Bedeutung therapeutischer Interventionen. Eine große Netzwerk-Meta-Analyse zu Prehabilitation vor größeren Operationen wertete 186 randomisierte Studien mit 15.684 Teilnehmenden aus. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass bestimmte präoperative Interventionen, insbesondere körperliches Training in Kombination mit weiteren Komponenten, postoperative Komplikationen, Verweildauer, körperliche Erholung und Lebensqualität günstig beeinflussen können (McIsaac et al., 2025).

Diese Evidenz ist für die Heilmittelpolitik bedeutsam, weil sie zeigt: Therapeutische Interventionen wirken nicht nur in der Nachsorge, sondern können bereits vor stationären Eingriffen dazu beitragen, Risiken zu senken und Ressourcen im stationären Bereich zu schonen. Wenn Finanzierung nur an kurzfristigen GKV-Ausgaben ansetzt, werden solche sektorübergreifenden Effekte nicht ausreichend sichtbar.

4.3 Selbstständigkeit erhalten und Pflegebedürftigkeit hinauszögern

Ein systematischer Review mit Metaanalyse randomisierter Studien zu geriatrischer Rehabilitation kam zu dem Ergebnis, dass speziell konzipierte stationäre geriatrische Rehabilitation funktionelle Ergebnisse verbessern und Effekte auf Pflegeheimweisungen und Mortalität haben kann; zugleich weisen die Autor*innen darauf hin, dass Daten zur Kosteneffektivität begrenzt sind (Bachmann et al., 2010).

Für die Argumentation ist dieser Befund wichtig, weil er den Zusammenhang zwischen therapeutischer Rehabilitation, Funktionserhalt und Pflegevermeidung verdeutlicht. Reablement- und restorative Home-care-Ansätze zeigen ebenfalls, dass rehabilitative und therapeutische Interventionen im häuslichen Umfeld darauf zielen, Fähigkeiten, Selbstständigkeit und Teilhabe zu erhalten oder wiederzuerlangen; die Evidenz ist je nach Modell unterschiedlich stark, bestätigt aber die Relevanz multiprofessioneller therapeutischer Beteiligung (Bennett et al., 2022).

Gerade vor dem Hintergrund steigender Pflegekosten darf Heilmittelversorgung deshalb nicht isoliert im GKV-Haushalt betrachtet werden. Wenn therapeutische Versorgung Pflegebedürftigkeit verzögert oder Selbstständigkeit stabilisiert, entstehen relevante Entlastungseffekte auch außerhalb der GKV.

4.4 Arbeitsfähigkeit sichern und Arbeitsunfähigkeit verkürzen

Therapeutische Versorgung ist auch für Erwerbsfähigkeit und Arbeitswelt relevant. Ein randomisiertes Studiendesign zu chronischem Rückenschmerz zeigte, dass integrierte Versorgung mit arbeitsplatzbezogener Intervention und abgestufter Aktivität die nachhaltige Rückkehr zur Arbeit deutlich beschleunigen kann. In der Studie lag die mediane Zeit bis zur nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit bei 88 Tagen in der Interventionsgruppe gegenüber 208 Tagen in der üblichen Versorgung (Lambeek et al., 2010).

Auch hier gilt: Der Nutzen therapeutischer Versorgung entsteht nicht nur innerhalb der GKV. Weniger oder kürzere Arbeitsunfähigkeit entlastet Betriebe, Sozialversicherungssysteme und die Gesamtwirtschaft. Eine Finanzreform, die Heilmittel nur als Ausgabenposition der GKV betrachtet, blendet diese Wirkungen aus.

4.5 Versorgungssteuerung und Direktzugang

Internationale Studien zu Direktzugang, Selbstzuweisung und nichtärztlicher Triage bei muskuloskeletalen Beschwerden zeigen, dass solche Modelle eine relevante Rolle in der Primärversorgung spielen können. Ein systematischer Review beschreibt unterschiedliche Modelle nichtärztlicher Triage, Selbstzuweisung und Direktzugang und ordnet deren mögliche Effekte auf Versorgung, Ressourcennutzung und Patient*innenergebnisse ein (Babatunde et al., 2020).

Die FRONTIER-Evaluation aus Großbritannien zeigt darüber hinaus, dass First-Contact-Physiotherapy bei muskuloskeletalen Beschwerden klinisch vergleichbare Ergebnisse zur hausärztlich geführten Versorgung erreichen kann, während das hausärztlich geführte Modell in der Untersuchung höhere Mediankosten verursachte (Walsh et al., 2024).

Für Deutschland bedeutet dies nicht, dass Modelle aus anderen Versorgungssystemen eins zu eins übertragbar sind. Es bedeutet aber, dass erweiterte therapeutische Verantwortung ein relevantes Instrument zur Entlastung ärztlicher Versorgung und zur besseren Steuerung von Patient*innenwegen sein kann. Voraussetzung sind klare Kompetenzprofile, moderne Berufsgesetze, angemessene Qualifizierung und eine Vergütung, die diese Verantwortung abbildet.

4.6 Digitale und hybride Versorgungsformen

Auch telemedizinische und hybride Therapieformen können einen Beitrag zur effizienten Versorgung leisten, wenn sie fachlich sinnvoll eingesetzt werden. Das REFORM-Projekt zeigte in einer randomisierten Studie, dass remote erbrachte Physiotherapie bei muskuloskeletalen Beschwerden vergleichbare Ergebnisse zur Präsenzversorgung erreichen kann (Withers et al., 2024). Die zugehörige ökonomische Evaluation kam zu dem Ergebnis, dass remote erbrachte Physiotherapie aus Sicht des Gesundheitssystems und der Patient*innen kostensparend sein kann (Hayes et al., 2025).

Auch diese Befunde sind nicht als pauschaler Ersatz für Präsenztherapie zu verstehen. Sie zeigen aber, dass therapeutische Versorgung weiterentwickelt werden kann, wenn rechtliche, technische und finanzielle Rahmenbedingungen dies ermöglichen. Wer Digitalisierungskosten und telemedizinische Strukturen nicht abbildet, schwächt solche Effizienzpotenziale.

5. Was aus der Evidenz folgt: gekürzte Heilmittel verschwinden nicht

Die wissenschaftliche Evidenz ersetzt keine politische Bewertung. Sie verändert aber den Bewertungsmaßstab. Wenn Heilmittelversorgung dazu beitragen kann, Operationen zu vermeiden oder

hinauszuzögern, stationäre Versorgung zu entlasten, Pflegebedürftigkeit zu verzögern, Arbeitsfähigkeit zu sichern und Patient*innenwege besser zu steuern, dann ist eine reine Ausgabenlogik unzureichend.

Ausgaben im Heilmittelbereich müssen danach beurteilt werden, ob sie an anderer Stelle höhere Kosten verhindern. Eine Maßnahme, die die Vergütungsentwicklung begrenzt, Patient*innen stärker belastet oder neue Versorgungsmodelle wirtschaftlich entwertet, spart nicht automatisch Kosten. Sie kann Bedarfe unmittelbar verlagern: in verzögerte Behandlung, ärztliche Wiedervorstellungen, stationäre Versorgung, längere Arbeitsunfähigkeit, verspätete Rückkehr in Arbeit, früheren Pflegebedarf oder soziale Sicherung.

Auch mehrere maßgebliche Berufsverbände greifen diese Logik auf: Der VDB-Physiotherapieverband warnt, dass schlechtere Versorgung zu längeren Krankheitsverläufen, mehr Pflegebedürftigkeit und steigenden Gesamtkosten führen kann. Physio Deutschland fordert, Patient*innen nicht stärker zu belasten, und verweist darauf, dass Physiotherapie Operationen verhindern, Krankheitsverläufe verkürzen und Pflegebedürftigkeit reduzieren kann. Der IFK betont, dass das Parlament weiterhin Korrekturmöglichkeiten hat und dass interprofessionelle Zusammenarbeit sowie Direktzugang echte Lösungsperspektiven eröffnen können. Der VPT beschreibt die geplanten Eingriffe als strukturelle Einschnitte, die über den kommunizierten Spareffekt hinausgehen (VDB-Physiotherapieverband, 2026; Physio Deutschland, 2026; IFK, 2026a; IFK, 2026b; VPT, 2026).

Gerade deshalb ist der Kabinettsentwurf problematisch. Die Rückkehr zur Grundlohnsummenbindung, der zusätzliche Abschlag, die Erhöhung der Zuzahlungen und die Entwertung der Blankoverordnung setzen nicht bei Überversorgung oder Fehlversorgung an. Sie treffen die Versorgungsinfrastruktur selbst. Damit wird ein Bereich geschwächt, der unter geeigneten Rahmenbedingungen Folgekosten vermeiden kann.

6. Zuzahlungen gefährden Zugang zu notwendiger Versorgung

Der Kabinettsentwurf sieht vor, dass Versicherte bei Heilmitteln künftig 10 Prozent der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung zahlen. Zusätzlich sollen die genannten Zuzahlungsbeträge ab 2028 entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V dynamisiert werden (BMG, 2026).

Diese Regelung belastet Patient*innen unmittelbar. Heilmittel sind keine beliebige Nachfrageleistung, sondern ärztlich verordnete und therapeutisch begründete Versorgung. Eine höhere Zuzahlung trifft daher nicht willkürlichen Konsum, sondern medizinisch notwendige Behandlung.

Der BED und weitere maßgebliche Verbände weisen darauf hin, dass die heilmittelspezifische Zuzahlungslogik aus prozentualem Anteil und fester verordnungsbezogener Pauschale bereits heute eine besondere Belastung erzeugt. In einer gemeinsamen Verbändedeposition wird die Verlagerung von Lasten auf Versicherte, Patient*innen und das Versorgungssystem kritisiert. Der VDB-Physiotherapieverband warnt, höhere und dynamisierte Zuzahlungen könnten dazu führen, dass Therapien seltener in Anspruch genommen werden und dadurch höhere Kosten für das Gesamtsystem entstehen. Physio Deutschland fordert ausdrücklich: keine höheren Zuzahlungen für Patient*innen. Auch auf den Verbandskanälen von LOGO Deutschland wird die geplante Rückbindung an die Grundlohnsumme als Gefahr für längere Wartezeiten, schließende Praxen und weniger Versorgung beschrieben (BED et al., 2026; LOGO Deutschland et al., 2026; VDB-Physiotherapieverband, 2026; Physio Deutschland, 2026; LOGO Deutschland, 2026).

Gesundheitsökonomisch ist bekannt, dass Kostenbeteiligungen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen senken können. Das RAND Health Insurance Experiment zeigte, dass Cost Sharing die Nutzung von Gesundheitsleistungen reduziert, wobei sowohl weniger wirksame als auch wirksame Leistungen betroffen sein können (RAND, 2006).

Eine solche Steuerung ist im Heilmittelbereich ökonomisch riskant. Die Wirkung tritt nicht erst langfristig ein: Die höhere Zuzahlung belastet Patient*innen bei der nächsten Verordnung. Wer eine Verordnung

nicht beginnt, Termine reduziert oder eine Folgeverordnung aus Kostengründen vermeidet, verändert die Versorgung sofort. Dadurch können Beschwerden fortbestehen, Alltagsfunktionen schlechter werden, Arbeitsfähigkeit sinken, Rückkehr in Arbeit verzögert werden, Pflegebedarf früher entstehen oder zusätzliche ärztliche und stationäre Leistungen erforderlich werden. Eine höhere Zuzahlung ist deshalb kein zielgenaues Sparinstrument, sondern eine Zugangshürde, die Kosten verlagern kann.

7. Blankverordnung: Verantwortung braucht Vergütung

Die Blankverordnung wurde eingeführt, um Therapierenden mehr Verantwortung für die konkrete Ausgestaltung der Versorgung zu übertragen. Innerhalb des therapeutischen Rahmens entscheiden sie über Auswahl der Maßnahmen, Frequenz, Dauer und Verlauf der Behandlung. Diese Verantwortung endet nicht nach der ersten Bedarfseinschätzung. Sie prägt den gesamten Behandlungsprozess.

Der Kabinettsentwurf stellt diese Logik infrage. Eine Pauschale, die mit besonderer Versorgungsverantwortung über Analyse des therapeutischen Bedarfs oder therapeutische Diagnostik hinaus begründet wird, soll künftig nicht mehr zulasten der GKV vereinbart werden können. Die Begründung geht davon aus, dass für die Steuerung des weiteren Behandlungsverlaufs, die Verlaufsdokumentation und die Sicherung der Versorgungsqualität kein zusätzlicher Aufwand entstehe (BMG, 2026).

Diese Annahme verkennt die praktische Realität der Blankversorgung. Gerade in der Ergotherapie ist die Steuerung des Behandlungsverlaufs ein fachlich anspruchsvoller Prozess. Therapierende müssen entscheiden, welche Maßnahmen zu welchem Zeitpunkt sinnvoll sind, wie Frequenz und Dauer angepasst werden, wann Ziele verändert werden müssen, wann Abstimmungen mit Ärzt*innen, Angehörigen, Pflege, Schule, Kita oder anderen Beteiligten notwendig sind und wie der Verlauf fachlich, wirtschaftlich und qualitativ nachvollziehbar dokumentiert wird.

Die versorgungsbezogene Pauschale ist deshalb keine Doppelvergütung. Sie vergütet nicht noch einmal dieselbe Vor- und Nachbereitung oder dieselbe Dokumentation, die ohnehin im Behandlungstermin anfällt. Sie bildet vielmehr die besondere Verantwortung ab, die aus der eigenständigen Steuerung der Versorgung entsteht.

Auch die Vergütungslogik der Blankverordnung spricht gegen das Framing einer Doppelvergütung. Vor- und Nachbereitung sowie Dokumentation werden in der Blankverordnung je Behandlungstermin abgebildet, nicht je einzelner Behandlungseinheit. Werden mehrere Behandlungseinheiten fachlich sinnvoll in einem längeren Termin gebündelt, sinkt der anteilige VND-Anteil je Behandlungseinheit im Vergleich zur klassischen Versorgung nach § 125 SGB V. Intensivere Versorgung kann bezogen auf diese Termin- und Dokumentationslogik dadurch wirtschaftlicher sein. Die Pauschale gleicht also die zusätzliche Steuerungsverantwortung aus und ist daher keine doppelte Bezahlung.

Wer Blankverordnung will, muss die damit verbundene Verantwortung vergüten. Andernfalls bleibt formal ein modernes Versorgungsmodell bestehen, während seine fachliche Grundlage wirtschaftlich ausgehöhlt wird.

Diese Bewertung findet sich auch in weiteren Verbandseinordnungen wieder. Der VDB-Physiotherapieverband beschreibt die geplante Verhinderung versorgungsbezogener Pauschalen als Einschränkung moderner Versorgungsmodelle, die Versorgung effizienter und patientenorientierter machen können. Der IFK benennt die parlamentarische Korrekturmöglichkeit und verweist auf den Direktzugang sowie die Vermeidung und Verschiebung von Operationen als Lösungsperspektiven. Der VPT hat ein eigenes Positionspapier vorgelegt, das die gemeinsamen Forderungen des Heilmittelbereichs aus physiotherapeutischer Perspektive vertieft und die Auswirkungen auf die Versorgung konkretisiert (VDB-Physiotherapieverband, 2026; IFK, 2026a; VPT, 2026).

Die geplante Streichung der versorgungsbezogenen Pauschale wirkt nicht erst nach Jahren. Sie verändert bereits jetzt die Grundlage für die Weiterentwicklung der Blankoversorgung. Die Erweiterung um die Pädiatrie war als nächster Schritt bereits vertraglich angelegt. Wenn jedoch politisch signalisiert wird, dass zusätzliche Versorgungsverantwortung künftig nicht mehr eigenständig vergütet werden soll, entsteht sofort Verhandlungsunsicherheit. Unter solchen Bedingungen wird die Ausweitung eines flexibleren Versorgungsmodells erschwert, obwohl gerade die pädiatrische Versorgung von einer alltagsnahen, flexiblen und therapeutisch gesteuerten Versorgung profitieren kann (BED, 2026a).

Die Folge ist konkret: Nicht nur bestehende Vergütungspositionen geraten unter Druck, sondern auch die Weiterentwicklung besserer Versorgungsformen wird verzögert. Damit entstehen unmittelbare Versorgungseffekte, bevor gesetzliche Änderungen überhaupt vollständig praktisch umgesetzt sind.

8. Akademisierung, Berufsgesetzreform und Evidenzaufbau zusammendenken

Für eine zukunftsfeste Heilmittelversorgung braucht es deutlich mehr hochschulisch qualifizierte Therapierende. Das ist notwendig, um therapeutische Versorgungsforschung auszubauen, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit systematisch zu untersuchen und neue Versorgungsmodelle wie Direktzugang, Blankoverordnung, telemedizinische Versorgung und interprofessionelle Steuerung fachlich abzusichern.

Akademisierung darf jedoch nicht isoliert betrachtet werden. Sie entfaltet ihren Nutzen nur dann, wenn zugleich Studienplätze aufgebaut, Forschungsstrukturen finanziert, Durchstiegsmöglichkeiten geschaffen, berufliche Zielpositionen entwickelt und erweiterte Kompetenzen rechtlich wie vergütungsseitig abgebildet werden.

Die Bedeutung hochschulischer Qualifikation wird in der Fachliteratur seit Jahren hervorgehoben. Pfingsten und Borgetto beschreiben die vollständige Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe als einen Weg, um Versorgungsqualität, evidenzbasiertes Handeln, Clinical Reasoning, Forschung und interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken. Diese Perspektive ist für die Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung wichtig, weil komplexere Versorgungsbedarfe, neue Versorgungsmodelle und erweiterte Verantwortung höhere Anforderungen an wissenschaftliche Reflexion, Entscheidungsfähigkeit und Versorgungsgestaltung stellen (Pfingsten & Borgetto, 2022).

Probst weist darauf hin, dass Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie in Deutschland trotz langjähriger Modell- und Entwicklungsprozesse weiterhin hinter internationalen Entwicklungen zurückbleiben. Die Modernisierung der Therapieberufe ist deshalb nicht nur eine Bildungsfrage, sondern eine Frage zeitgemäßer gesundheitlicher Versorgung. Genau daraus folgt: Wer von den Heilmittelberufen mehr Evidenz, mehr Verantwortung und mehr Beitrag zur Systementlastung erwartet, muss auch die strukturellen Voraussetzungen dafür schaffen (Probst, 2023).

Für die Physiotherapie konkretisieren Saal et al. die Kernkompetenzen hochschulisch qualifizierter Physiotherapeut*innen. Dazu gehören unter anderem selbstständige Diagnostik, begründete Indikationsstellung, evidenzbasiertes Handeln, interprofessionelle Kommunikation und die Fähigkeit, Behandlungsprozesse eigenverantwortlich zu planen und zu steuern. Solche Kompetenzprofile zeigen, warum Akademisierung, Berufsgesetzreform und neue Versorgungsmodelle zusammen gedacht werden müssen (Saal et al., 2025).

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, den Fokus der hochschulischen Qualifizierung in den Therapieberufen weiterhin auf primärqualifizierend-duale Studiengänge in der Größenordnung von 10 bis 20 Prozent zu legen. Zugleich betont er, dass berufliche Zielpositionen, Karrierewege, größere Autonomie und attraktive Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen (Wissenschaftsrat, 2023).

Eine kurzfristige, nicht ausreichend finanzierte Umstellung auf ausschließlich hochschulische Ausbildung würde neue Risiken erzeugen. Ohne ausreichend Studienplätze, Lehrpersonal, Praxisanleitung, Länderfinanzierung und attraktive berufliche Perspektiven könnte sie den Fachkräftemangel sogar verschärfen. Entscheidend ist daher kein symbolischer Akademisierungsbeschluss, sondern ein verbindlicher, finanzierter und stufenweiser Transformationspfad.

Das gilt insbesondere, weil die Politik von den Heilmittelberufen mehr Evidenz, mehr Verantwortung und mehr Effizienz erwartet. Wer diesen Anspruch formuliert, muss zugleich die Strukturen schaffen, damit die Berufe Evidenz generieren, neue Versorgungsmodelle verantworten und ihren Beitrag zur Folgekostenvermeidung sichtbar machen können.

Dass die Heilmittelberufe stärker in zentrale Steuerungsentscheidungen einbezogen werden müssen, wird heilmittelbereichsübergreifend vertreten. Bereits 2025 haben sich alle 17 maßgeblichen Heilmittelverbände auf die gemeinsame Forderung nach einer stimmberechtigten Vertretung der Heilmittelerbringer*innen im Gemeinsamen Bundesausschuss verständigt. Sie stehen zusammen für nahezu 400.000 Therapeut*innen aus Ergotherapie, Ernährungstherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Physiotherapie und Podologie und machen damit deutlich, dass Versorgungskompetenz dort einbezogen werden muss, wo Richtlinien und Rahmenbedingungen der Versorgung gestaltet werden (17 maßgebliche Heilmittelverbände, 2025).

Diese Strukturfrage ist zugleich eine Frage der Berufsattraktivität und Fachkräftesicherung. Die Analyse der Arbeitsbedingungen von Therapeut*innen in Deutschland zeigte bereits 2019 eine erhebliche Belastungssituation und den Bedarf an schnell spürbaren Verbesserungen (Höppner & Beck, 2019). Ein aktueller Scoping Review zur Berufswahl in Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie beschreibt finanzielle Aspekte, Arbeitsplatzsicherheit, Karrierechancen und professionelle Entwicklungsmöglichkeiten als relevante Faktoren für die Gewinnung und Bindung von Nachwuchs (Lange et al., 2026).

9. Schulgeldfreiheit und Ausbildungsfinanzierung dauerhaft sichern

Nachwuchsgewinnung ist Teil der Versorgungssicherung. Wenn Heilmittelberufe Folgekosten vermeiden sollen, darf der Zugang zur Ausbildung nicht vom Bundesland, vom Schulträger oder von befristeten Förderprogrammen abhängen.

Die Ausbildungsbedingungen in Gesundheitsfachberufen sind weiterhin uneinheitlich. Der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages beschreibt, dass Länder Maßnahmen zur Schulgeldfreiheit in unterschiedlicher Ausgestaltung und Höhe treffen (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 2024).

Der BED beschreibt die aktuelle Lage als Flickenteppich. In einigen Ländern gibt es vollständige Kostenübernahmen, in anderen nur Zuschüsse oder befristete Förderungen. Zudem laufen Förderungen in mehreren Ländern aus. Das betrifft etwa Mecklenburg-Vorpommern 2025, Nordrhein-Westfalen und Bayern 2026 sowie Hessen 2027 (BED, 2025).

Der BED fordert deshalb eine zweistufige Lösung: kurzfristig landesrechtliche Absicherung der Schulgeldfreiheit mit Schutz begonnener Ausbildungskohorten und langfristig ein eigenständiges Bundesgesetz zur Ausbildungsfinanzierung in den Heilmittelberufen, das Schulgeldfreiheit, Ausbildungsvergütung, Praxisanleitung und Refinanzierung der praktischen Ausbildung dauerhaft regelt (BED, 2026b).

Diese Forderung ist nicht nur berufsbildungspolitisch, sondern versorgungspolitisch relevant. Eine Finanzreform, die Heilmittelversorgung als Einsparfeld behandelt und gleichzeitig Ausbildung, Praxisanleitung, Forschung und berufliche Entwicklung nicht absichert, schwächt die Versorgungsinfrastruktur der Zukunft.

10. Empfehlungen an die Gesundheitspolitik

Die folgenden Empfehlungen ergeben sich aus der zentralen Nutzenlogik: Wenn Heilmittelversorgung heute andere Sektoren entlastet, Arbeitsfähigkeit sichert, Rückkehr in Arbeit ermöglicht und Pflegebedarf hinauszögern kann, müssen politische Maßnahmen darauf ausgerichtet sein, Zugang, Versorgungskapazitäten, fachliche Verantwortung und Nachwuchsgewinnung zu sichern. Genau daran ist der Kabinettsentwurf zu messen.

1. Heilmittelversorgung als Folgekostenvermeidung bewerten

Heilmittel dürfen nicht isoliert als Ausgabenblock betrachtet werden. Ihre Wirkung auf Mobilität, Selbstständigkeit, Kommunikation, Alltagsbewältigung, Teilhabe, Arbeitsfähigkeit, Pflegevermeidung und Krankenhausvermeidung muss in gesundheitsökonomische Bewertungen einbezogen werden.

2. Ausgabenentwicklung differenziert analysieren

Preis-, Mengen-, Struktur- und Bedarfseffekte müssen getrennt betrachtet werden. Eine pauschale Bewertung steigender Heilmittelausgaben als bloße Folge höherer Vergütung verkennt reale Versorgungsentwicklungen.

3. Keine Rückkehr zu einer starren Grundlohnsummenbindung

Die Grundlohnrate bildet nicht die tatsächlichen Personal-, Sach-, Miet-, Energie-, Digitalisierungs-, Bürokratie- und Betriebskosten therapeutischer Praxen ab. Vergütung muss die reale Kostenentwicklung und den Versorgungsauftrag abbilden.

4. Kein zusätzlicher Abschlag auf die Veränderungsrate

Ein zusätzlicher Abschlag verschärft die Deckelung. Gerade in personalintensiven Heilmittelpraxen trifft dies die Fähigkeit, angemessene Gehälter zu zahlen, Fachkräfte zu halten und Versorgungskapazitäten zu sichern.

5. Zugang für Patient*innen sichern

Die geplante Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungen sollte zurückgenommen werden. Medizinisch notwendige Therapie darf nicht dadurch gefährdet werden, dass Patient*innen sie aus Kostengründen reduzieren oder nicht beginnen.

6. Blankoverordnung erhalten und versorgungsbezogene Pauschale sichern

Die versorgungsbezogene Pauschale ist keine Doppelvergütung. Sie bildet die besondere Verantwortung ab, die aus eigenständiger Verlaufsteuerung, Begründung therapeutischer Entscheidungen, Qualitätssicherung, Dokumentation und Abstimmung entsteht.

7. Berufsgesetze modernisieren und Kompetenzen rechtssicher verankern

Direktzugang, Blankoverordnung, Prävention, interprofessionelle Steuerung und Versorgung komplexer chronischer Verläufe setzen klare Kompetenzprofile, Haftungssicherheit und moderne Berufsgesetze voraus.

8. Akademisierung ausbauen, aber realistisch und finanziert

Der Anteil hochschulisch qualifizierter Therapierender muss steigen. Dafür braucht es Studienplätze, Durchlässigkeit, Forschungsförderung, Karrierewege, berufliche Zielpositionen, Vergütung und erweiterte Kompetenzen.

9. Schulgeldfreiheit und Ausbildungsfinanzierung dauerhaft sichern

Schulgeldfreiheit darf nicht vom Bundesland, vom Schulträger oder von befristeten Förderrichtlinien abhängen. Erforderlich sind bundeseinheitliche, dauerhafte Lösungen einschließlich Ausbildungsvergütung, Finanzierung praktischer Ausbildung und Praxisanleitung.

10. Heilmittelberufe als Versorgungsinfrastruktur stärken

Die Heilmittelberufe sind nicht das Problem der GKV-Finanzierung. Sie sind Teil der Lösung. Wer hier pauschal deckelt, Patient*innen stärker belastet und neue Versorgungsmodelle wirtschaftlich entwertet, spart nicht. Er verschiebt lediglich Kosten in andere Sektoren und Bereiche mit den benannten unmittelbaren Folgen.

11. Fazit

Der Kabinettsentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz setzt im Heilmittelbereich an einer Stelle an, an der rechnerische Einsparungen schnell zu realen Mehrbelastungen in anderen Bereichen werden können. Heilmittelversorgung erhält und verbessert Mobilität, Selbstständigkeit, Kommunikation, Handlungsfähigkeit, Alltagsteilhabe und Erwerbsfähigkeit. Sie unterstützt Menschen dabei, in Arbeit zurückzukehren, Pflegebedarf hinauszuzögern und andere Leistungsbereiche zu entlasten.

Was bei Heilmitteln gekürzt wird, verschwindet nicht aus dem Versorgungssystem. Es taucht an anderer Stelle wieder auf: als verzögerte Behandlung, höhere Belastung anderer Sektoren, längere Arbeitsunfähigkeit, verspäteter Wiedereinstieg in Arbeit, früherer Pflegebedarf und geschwächte wirtschaftliche Wertschöpfung.

Statt Vergütungen starr zu deckeln, Patient*innen stärker zu belasten und die Blankoverordnung wirtschaftlich zu entwerten, braucht es eine Politik, die therapeutische Versorgung gezielt nutzt: ambulant, präventiv, teilhabeorientiert, evidenzbasiert und wirtschaftlich sinnvoll.

Die Heilmittelberufe sind bereit, Verantwortung zu übernehmen. Dafür brauchen sie verlässliche Vergütung, moderne Berufsgesetze, gesicherte Ausbildung, mehr Forschung, realistische Akademisierungspfade und Zugangssicherheit für Patient*innen. Wer die im Kabinettsentwurf vorgesehenen Maßnahmen beschließt, übernimmt deshalb Verantwortung für Folgekosten, die nicht irgendwann entstehen, sondern in der laufenden Versorgung sichtbar werden.

Quellenverzeichnis

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). (2025). Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2024. https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/pdf/Kosten-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=4
- Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, A. E., & Clough-Gorr, K. M. (2010). Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 340, c1718. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20406866/>
- Babatunde, O. O., Bishop, A., Cottrell, E., Jordan, J. L., Corp, N., Humphries, K., et al. (2020). A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLOS ONE*, 15(7), e0235364. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0235364>
- BED e.V. (2025). Schulgeldfreiheit in den Therapieberufen, kein Selbstläufer. <https://www.bed-ev.de/artikel/artikel.aspx?id=9321>
- BED e.V. (2026a). Blankoverordnung: Jetzt ist nicht die Zeit für Ausbau, sondern für Schutz und Evaluation. <https://www.bed-ev.de/artikel/artikel.aspx?id=9641>
- BED e.V. (2026b). Ausbildungsfinanzierung in den Heilmittelberufen endlich eigenständig lösen. <https://www.bed-ev.de/aktuelles/tickerlink.aspx?id=85>
- BED, LD, VDB, podo deutschland, VDP, VDD, QUETHEB, VDOE. (2026). Beanstandung von Tatsachen- und Methodengrundlage zum RefE GKV-BStabG, 27.04.2026. https://www.bed-ev.de/downloads/artikeldateien/9631/20260427_Beanstandung_Tatsachen_Methodengrundlage_BStabG.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2026). Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, Kabinettsentwurf. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz_Kabinettd.pdf
- Finanzkommission Gesundheit. (2026). Erster Bericht. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf
- GKV-Spitzenverband. (2026). Verträge im Heilmittelbereich. https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelbringer/vertraege/vertraege.jsp
- Höppner, H., & Beck, E.-M. (2019). Analyse der Arbeitsbedingungen von Therapeut_innen in Deutschland. Eine qualitative Untersuchung von Brandbriefen der Heilmittelbringenden. Alice Salomon Hochschule Berlin.
- IFK e.V. (2026a). Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – so setzen wir uns politisch für Sie ein. <https://www.ifk.de/artikel/das-gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz-so-setzen-wir-uns-politisch-fuer-sie-ein>
- IFK e.V. (2026b). Resolution: Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. <https://ifk.de/artikel/resolution-stabilisierung-der-gesetzlichen-krankenversicherung>
https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/News/2019/Pressebeilage_H%C3%B6ppner-Beck_final.pdf
- Hayes, A. J., Withers, H., Glinsky, J. V., et al. (2025). Remotely delivered physiotherapy for musculoskeletal conditions is cost saving for the health system and patients: economic evaluation of the REFORM randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 71(3), 179-184. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40579312/>
- Kise, N. J., Risberg, M. A., Stensrud, S., Ranstam, J., Engebretsen, L., & Roos, E. M. (2016). Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up. *BMJ*, 354, i3740. <https://www.bmj.com/content/354/bmj.i3740>
- Lambeek, L. C., van Mechelen, W., Knol, D. L., Loisel, P., & Anema, J. R. (2010). Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*, 340, c1035. <https://www.bmj.com/content/340/bmj.c1035>
- Lange, M., Reeck, N., Kopkow, C., Borgetto, B. M., et al. (2026). Career choice processes in occupational therapy, speech and language therapy, and physiotherapy: a scoping review. *BMC Medical Education*, 26.
- LOGO Deutschland. (2026). Geplante GLS-Bindung gefährdet die Heilmittelversorgung. <https://www.logo-deutschland.de/geplante-gls-bindung-gefahrdet-die-heilmittelversorgung/>
- LOGO Deutschland e.V. (2026). Berufsverbände zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG): Falsche Weichenstellung für eine alternde Volkswirtschaft. Unterzeichnende Verbände: BED, LOGO Deutschland, VDB-Physiotherapieverband, Deutscher Verband für Podologie (ZFD), VDP, VDD, QUETHEB und VDOE. <https://www.logo-deutschland.de/berufsverbaende-zum-gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz-bstabg/>
583. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12909-026-09082-1>
- Mclsaac, D. I., et al. (2025). Relative efficacy of rehabilitation interventions and their components: systematic review with network and component network meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ*, 388. <https://www.bmj.com/content/388/bmj-2024-081164>
- Noorduyn, J. C. A., van de Graaf, V. A., Willigenburg, N. W., et al. (2022). Effect of Physical Therapy vs Arthroscopic Partial Meniscectomy in People With Degenerative Meniscal Tears: Five-Year Follow-up of the ESCAPE Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 5(7), e2220394. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2794027>
- Pfingsten, A., & Borgetto, B. (2022). Vorteile einer vollständigen Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe für die Versorgung. In U. Repschläger, C. Schulte & N. Osterkamp (Hrsg.), *Gesundheitswesen aktuell 2022* (S. 130-149). BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung. <https://www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2022/GWA%202022%20Pfingsten.pdf>
- Physio Deutschland. (2026). GKV-Finanzreform: Physio Deutschland auf mehreren Ebenen aktiv. <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/einzelansicht/artikel/finanzreform-physio-deutschland-aktiv-1.html>
- Probst, A. (2023). Therapieberufe Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie neu denken. Modernisierungsanforderungen für eine zeitgemäße gesundheitliche Versorgung. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 53(3), 40-46. https://elibrary.utb.de/doi/pdf/10.1486/si-03-2023_09?download=true
- RAND Corporation. (2006). The Health Insurance Experiment. Research Brief RB-9174. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html
- Saal, S., Grafe, M., Handgraaf, M., Hecht, S., Klemme, B., & Probst, A. (2025). Kernkompetenzen hochschulisch qualifizierter Physiotherapeut*innen in Deutschland. *physioscience*, 21(03), 132-137. <https://doi.org/10.1055/a-2501-6755>
- Svege, I., Nordsletten, L., Fernandes, L., & Risberg, M. A. (2015). Exercise therapy may postpone total hip replacement surgery in patients with hip osteoarthritis: a long-term follow-up of a randomised trial. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 74(1), 164-169. <https://ard.bmj.com/content/74/1/164>
- VDB-Physiotherapieverband. (2026). Heilmittelversorgung nicht kaputtsparen! <https://vdb-physio.de/aktuelles/heilmittelversorgung-nicht-kaputtsparen/>
- VDOE. (2025). Erhöhung der Vergütung für das Heilmittel Ernährungstherapie. <https://www.vdoe.de/news/erhoehung-der-verguetung-fuer-das-heilmittel-ernaehrungstherapie/>
- VFED. (2025). Vergütungsanpassung erfolgreich verhandelt: Wichtiger Schritt für die Ernährungstherapie als Heilmittel. <https://www.vfed.de/de/aktuelles/detail/verg%C3%BCtung-sanpassung-erfolgreich-verhandelt-wichtiger-schritt-f%C3%BCr-die-ern%C3%A4hrungstherapie-als-heilmittel>
- VPT e.V. (2026). GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz: VPT legt Positionspapier mit konkreten Forderungen für die Physiotherapie vor. <https://www.vpt.de/aktuelles/news-ansicht/gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz-vpt-legt-positionspapier-mit-konkreten-forderungen-fuer-die-physiotherapie-vor/>
- Walsh, N. E., Berry, A., Halls, S., et al. (2024). Clinical and cost-effectiveness of first contact physiotherapy for musculoskeletal disorders in primary care: the FRONTIER mixed method realist evaluation. *Health and Social Care Delivery Research*, 12(49). <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/RTKY7521>
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages. (2022). Zur Frage der Maßgeblichkeit der Heilmittelverbände. *WD 9 - 3000 - 068/22*. <https://www.bundestag.de/resource/blob/919512/WD-9-068-22-pdf.pdf>
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages. (2024). Zur Umsetzung der Schulgeldbefreiung in Gesundheitsfachberufen. *WD 9 - 3000 - 087/23*. <https://www.bundestag.de/resource/blob/1001838/WD-9-087-23-pdf.pdf>
- Wissenschaftsrat. (2023). Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Drs. 1548-23. https://www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23.pdf?__blob=publicationFile&v=9
- Withers, H. G., Glinsky, J. V., Chu, J., et al. (2024). Remotely delivered physiotherapy is as effective as face-to-face physiotherapy for musculoskeletal conditions (REFORM): a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 70(2), 124-133. <https://researchers.mq.edu.au/en/publications/remotely-delivered-physiotherapy-is-as-effective-as-face-to-face->
- 17 maßgebliche Heilmittelverbände. (2025). Heilmittelbringer fordern stimmberechtigte Vertretung im G-BA. Gemeinsame Forderung der maßgeblichen Verbände aus Ergotherapie, Ernährungstherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Physiotherapie und Podologie: BED, DVE, Physio Deutschland, IFK, VPT, VDB-Physiotherapieverband, dba, dbl, dbs, LOGO Deutschland, Bundesverband für Podologie, Deutscher Verband für Podologie / Podo Deutschland, VDP, VDD, VDOE, QUETHEB und VFED. Veröffentlicht u.a. bei IFK. <https://ifk.de/artikel/heilmittelbringer-fordern-stimmberechtigte-vertretung-im-g-ba>

Autorenschaft und Einordnung

Tina Wüstefeld und Thomas Kanitz für das Bündnis Zukunft Therapieberufe

Das Bündnis Zukunft Therapieberufe ist eine durch den BED e.V. ermöglichte Plattform für aktive Therapierende aus allen Heilmittelbereichen. Es vernetzt Therapierende bundesweit, entwickelt berufspolitische Positionen und bringt sowohl die gemeinsamen Interessen der Heilmittelberufe als auch die Besonderheiten der einzelnen Therapieberufe selbst in die politische Debatte ein.

Der BED schafft dafür den technischen, organisatorischen, kommunikativen und finanziellen Rahmen, damit Therapierende ihre Perspektiven eigenständig sichtbar und politisch wirksam machen können.