

## Heilmittel verhindern Folgekosten

Der Kabinettsentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (BStabG) sieht auch im Heilmittelbereich Sparmaßnahmen vor.

Die geplanten Kürzungen treffen jedoch einen Bereich, dessen Bedarf demografisch bedingt wächst und der bereits jetzt nachweislich unter deutlichem Fachkräftemangel leidet.

Das führt nicht zu Einsparungen, sondern verlagert Kosten: durch längere Arbeitsunfähigkeit, früheren Pflegebedarf und mehr stationäre Versorgung.

### 1. Wiedereinführung der Grundlohnsummenbindung mit zusätzlichem Abschlag

**Doppelte Schlechterstellung:** Künftig soll erneut die Grundlohnsumme (GLS) die Obergrenze der Vergütungsverhandlungen bilden. Liegt die Kostenentwicklung nach § 125 SGB V darunter, soll der niedrigere Wert gelten – und für die Jahre 2027 bis 2029 soll davon noch ein Prozentpunkt abgezogen werden. Das ist eine doppelte Schlechterstellung: erstens der schlechtere von zwei Werten, dann noch ein weiterer Abschlag.

- **Gescheitertes Modell:** Die GLS-Bindung wurde 2019 mit dem TSVG bewusst abgeschafft, um die Versorgung zu stärken, Arbeitsbedingungen zu verbessern und Fachkräfte zu sichern. Diese Ziele sind noch nicht erreicht.
- **Falscher Maßstab:** Die GLS misst die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder. Sie koppelt die Versorgung an Beiträge statt an Bedarf und bildet reale Personal-, Miet- und Sachkosten der Praxen nicht ab.
- **Widerspruch der Finanzkommission:** Sie hält Reformen im Heilmittelbereich für sinnvoll, bewertet sie zugleich als finanziell nicht tragfähig – und begründet damit ausgerechnet die Rückkehr zum Instrument, das diese Reformen verhindert.

### 2. Anhebung und automatische Dynamisierung der Zuzahlungen

**Therapieverzicht aus Kostengründen:** Patientinnen und Patienten tragen im Heilmittelbereich bereits heute höhere Eigenanteile als im stationären Bereich: 10 Prozent der Honorare zuzüglich 10 Euro je Verordnung. Historisch sind diese Zuzahlungen kontinuierlich gestiegen, während die stationären Zuzahlungen gedeckelt blieben. Eine automatische Dynamisierung schreibt diese Schieflage dauerhaft fest. Eine höhere Kostenbeteiligung senkt die Inanspruchnahme nachweislich – auch dort, wo Therapie medizinisch geboten ist.

### 3. Versorgungsbezogener Pauschalen in der Blankoverordnung

**Abräumen statt erproben?** Die versorgungsbezogene Pauschale ist der ökonomische Anker der Blankoverordnung (§ 125a SGB V): Sie überträgt Therapieentscheidungen und wirtschaftliche Verantwortung auf die Heilmittelpraxen. Ihr gesetzliches Verbot würde einer laufenden Evaluation vorgeifen, die von der Selbstverwaltung vereinbart wurde. Damit steht die Frage im Raum, ob die erweiterte Versorgungsverantwortung politisch überhaupt noch gewollt ist.

### Volkswirtschaftliche Dimension

Die Produktionsausfallkosten durch Arbeitsunfähigkeit beliefen sich 2024 auf 134,3 Milliarden Euro (BAuA 2024). Ein relevanter Teil davon ließe sich durch rechtzeitige Heilmitteltherapie vermeiden. Eine verschlechterte Versorgung wirkt in die Gegenrichtung: längere Arbeitsunfähigkeit, höhere Pflegebedürftigkeit und vermehrte stationäre Aufenthalte – Mehrkosten für das System.



## Evidenz<sup>1</sup>

---

- Physiotherapie ist bei muskuloskelettalen Erkrankungen kosteneffektiv: In 43 Prozent der Vergleiche zugleich günstiger und wirksamer als Leistungen anderer Gesundheitsberufe (Baumbach et al. 2024, UKE Hamburg).
- Physiotherapie kann den Bedarf an Hüft-Endoprothesen senken oder hinauszögern (Svege et al. 2015) und ist bei degenerativen Meniskusrissen der Operation nicht unterlegen (Kise 2016; ESCAPE 2022).
- Ergotherapie ist in einer US-amerikanischen Analyse die einzige Krankenhaus-Ausgabenkategorie, die mit niedrigeren 30-Tage-Wiedereinweisungsraten verbunden ist (Rogers et al. 2017).
- Logopädie: In einem ökonomischen Kosten-Nutzen-Modell über 41 Störungsbilder übersteigt der Nutzen die Kosten durchgängig um ein Vielfaches (Pfaller-Frank 2020, österreichischer Indikationenkatalog).
- Eine höhere Kostenbeteiligung senkt die Inanspruchnahme auch medizinisch sinnvoller Leistungen (RAND Health Insurance Experiment).

## Potenziale nutzen

---

- Administrative Kosten senken: Prüf-, Abrechnungs- und Richtlinienprozesse verschlanken, dort, wo das ohne Versorgungsschaden möglich ist. Konkrete Vorschläge haben die Verbände im Rahmen der Evaluierung der Heilmittel-Richtlinie bereits vorgelegt.
- Gesamtgesellschaftliche Aufgaben gesamtgesellschaftlich finanzieren: Versicherungsfremde Leistungen gehören in den Bundeshaushalt; die unterdeckte Bürgergeld-Pauschale ist kostendeckend aus Steuermitteln zu finanzieren, nicht aus der Beitragsgemeinschaft.

## Forderungen

---

- **Grundlohnsummenbindung mit Abschlag streichen:** Die Wiederauflage eines gescheiterten Steuerungsinstrumentes wiederholt einen vermeidbaren Fehler aus der jüngsten Vergangenheit.
- **Harmonisierung mit den anderen Leistungsbereichen:** Eine überproportionale Belastung kranker Menschen durch doppelte Dynamisierung (zusätzlich 10 Prozent Eigenbeteiligung an den Heilmittelhonoraren, neben der Verordnungsblattgebühr) führt zu höheren Folgekosten.
- **Versorgungsbezogene Pauschalen in der Blankoverordnung erhalten,** mindestens bis zum Abschluss der laufenden Evaluation. Planungssicherheit für die patientenindividuelle Versorgung nach § 125a SGB V, vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung.

## Verbände einbinden

---

Alle genannten maßgeblichen Verbände gem. § 125 SGB V stehen für Rückfragen zur Verfügung.

In den einzelnen Heilmittelbereichen sind insbesondere ansprechbar für die

Ergotherapie: Volker Brünger unter [politik@bed-ev.de](mailto:politik@bed-ev.de)

Logopädie: Diethild Remmert unter [info@logo-deutschland.de](mailto:info@logo-deutschland.de)

Physiotherapie: André Laufer unter [bv@vdb-physio.de](mailto:bv@vdb-physio.de)

Podologie: Sindy Burow unter [info@podo-deutschland.de](mailto:info@podo-deutschland.de) f

Ernährungstherapie: Dr. Andrea Lambeck unter [a.lambeck@vdoe.de](mailto:a.lambeck@vdoe.de)

---

<sup>1</sup> Positionspapier und Stellungnahme der Berufsverbände im Heilmittelbereich, „Heilmittelversorgung als Kostensenkungsinstrument“ (Wüstefeld & Kanitz); „Heilmittel sind Investitionen“ (Reck), Juni 2026.