

Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e. V.

Die Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung aus
Sicht der Leistungserbringenden



Manuela Pintarelli-Rauschenbach
SHV-Vorsitzende

Agenda

I. Vorstellung SHV

II. Rahmenbedingungen

III. Evaluation der HeilM-RL: Eingabe LEV

IV. Bewertung der Evaluationsergebnisse

V. Fazit

Aufgaben des SHV

- ▶ Der Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) vertritt die berufspolitischen Interessen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene und ist für die Belange der Heilmittelversorgung Ansprechpartner der Politik, der Ministerien, der Selbstverwaltungsorgane, anderer bedeutender Organisationen des Gesundheitswesens sowie der Medien.
- ▶ Insgesamt vertritt der SHV mehr als 350.000 Berufsangehörige der Heilmittelberufe.
- ▶ Im SHV engagieren sich **sieben maßgebliche Berufs- und Fachverbände**

Die Mitgliedsverbände des SHV



Deutscher Verband
Ergotherapie



Dabei sein. Mit uns.

Agenda

I. Vorstellung SHV

II. Rahmenbedingungen

III. Evaluation der HeilM-RL: Eingabe LEV

IV. Bewertung der Evaluationsergebnisse

V. Fazit

Rahmenbedingungen:

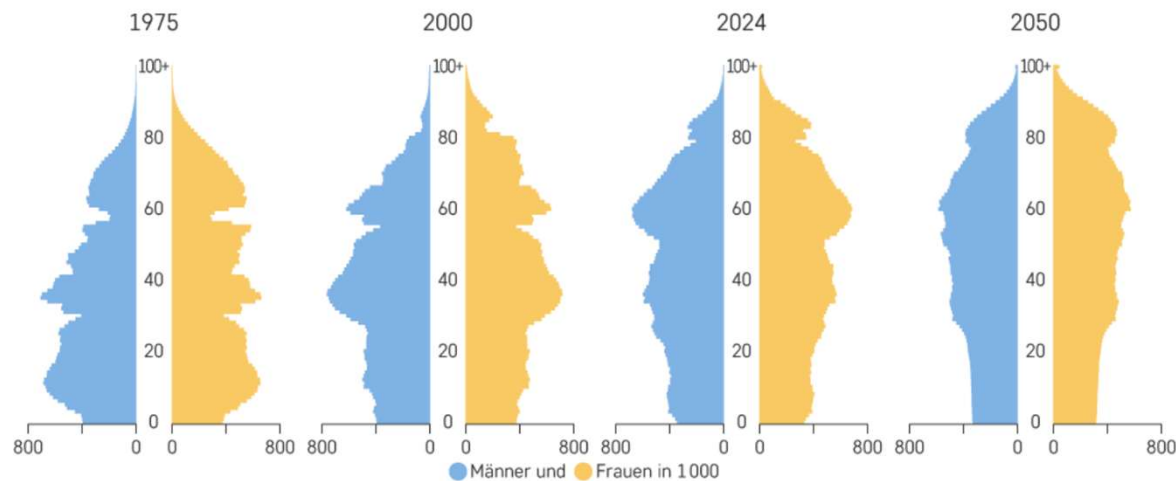


- ▶ Nachfrage nach Therapie wächst schneller als therapeutische Kapazitäten.
- ▶ Die Zukunft der Heilmittelversorgung wird maßgeblich eine Frage des Personals und der Effizienz sein.
- ▶ Erhöhung der Berufsattraktivität zentral zur Sicherstellung der zukünftigen Versorgungsbedarfe
- ▶ Digitalisierung der Abrechnungs-/Praxis-/Therapieprozesse
- ▶ Professionsverständnis: Agieren auf Augenhöhe mit dem Arzt als Teil eines multiprofessionellen Teams
- ▶ Aufgrund der begrenzten Ressourcen auf allen Seiten (Ärzteschaft, HeilM-Erbringer) ist die Entbürokratisierung zur Gewinnung von Therapiezeit dringend geboten.

Demografische Entwicklung

- Steigender Versorgungs-/Therapiebedarf im Zuge des demografischen Wandels!

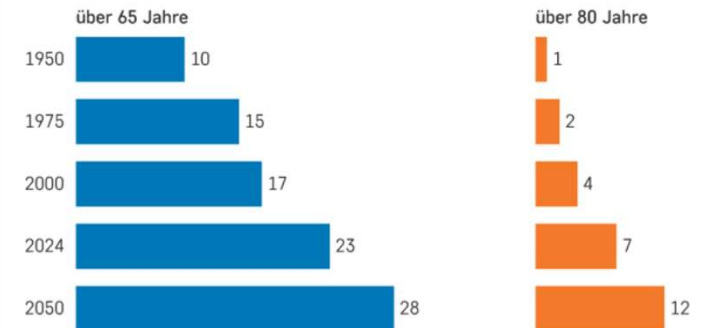
Altersstruktur der Bevölkerung



2050: 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2 (moderate Entwicklung)
Daten: Statistisches Bundesamt
Grafik: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2025); Bildlizenz: CC BY-ND 4.0

Ältere Bevölkerung

Anteil der über 65-Jährigen und über 80-Jährigen (in Prozent)



2050: 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2 (moderate Entwicklung)
Daten: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen
Grafik: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2026); Bildlizenz: CC BY-ND 4.0

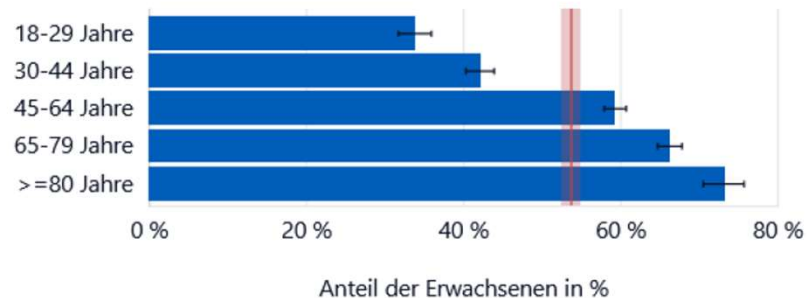
Multimorbidität

► Chronifizierung | Multimorbidität

Anteil der Erwachsenen mit einer chronischen Krankheit oder einem lang andauernden Gesundheitsproblem in % (2024)

Nach Alter

Quelle: Robert Koch-Institut. Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2025
[zitiert: 17. Januar 2026] Verfügbar auf <https://gbe.rki.de>



- Steigende Therapiebedarf trifft auf den Fachkräftemangel (Limitierung!) → Anstieg der Wartezeiten
- Bereits heute schon "Triage" nach med.-therapeutischer Notwendigkeit!

Fachkräftemangel:

Fachkräfteengpassanalyse 2024

Tabelle 9: Beschäftigungsstärkste Engpassberufe (Spezialistinnen und Spezialisten, Top 10)

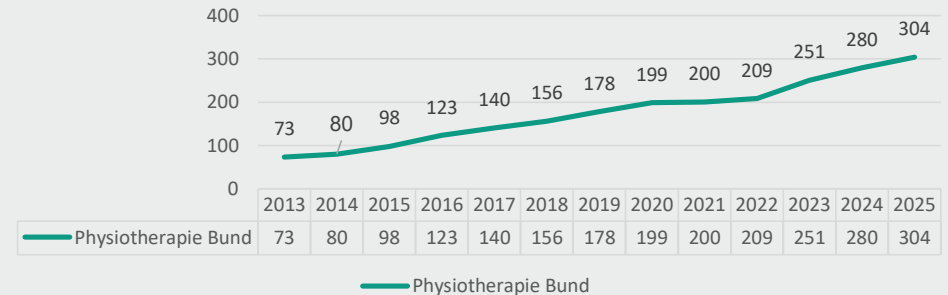
Berufsuntergruppen	Gesamt- wert der Engpass- indikatoren
Berufe in der Kindererziehung ⁹	2,0
8171 Berufe in der Physiotherapie	2,7
Pflegeberufe	2,3
8313 Berufe Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik	2,0
8172 Berufe in der Ergotherapie	2,7
2630 Berufe in der Elektrotechnik (o.S.)	2,2
7230 Berufe in der Steuerberatung	2,3
2529 Aufsicht, Führung Fahr-, Luft-, und Raumfahrttechnik sowie Schiffbau	2,3
3110 Berufe Bauplan. u. -überwach. (o.S.)	2,0
8451 Fahrlehrer/innen	2,0



Podologie	2,2
SSST	2,5

Vakanzzahlen bis 2025

Entwicklung Vakanzzahlen
Berufe der Physiotherapie Bund (jew. bis Juni)



- Bundesagentur für Arbeit: 2,61 offene Stellen auf einen Physiotherapeuten! (*exemplarisch*)

Erhöhung der Berufsattraktivität zum Bestehen im Fachkräftewettbewerb mit anderen Gesundheitsfachberufen. Handlungsfelder [...]

- Reform der Ausbildungen (Berufsgesetze!) | stärkere Akademisierung der Berufsbilder
- Erhöhung der Therapieautonomie: Direktzugang | Blanko-Verordnung
- Angemessene, auskömmliche Vergütung | Vergütung von Kompetenzen / Leistungen (**PT**: Diagnostik in der Regelversorgung)

Wirtschaftlichkeitsprüfung:

- Mengensteuerung über KV-/GKV-Zielvereinbarungen im Heilmittelbereich
- Verunsicherung der Ärzteschaft → Regresse → restriktives Ordnungsverhalten

Wirtschaftlichkeitsprüfung am Beispiel Schleswig-Holstein:

	Fachgruppen									
Therapieform/Zielfeld	Orthopä- den	Allgemeinärzte		Kinder- ärzte	Psychiater	Frauen- ärzte	Neurologen/ Nervenheil- kundler	Kinder-/Ju- gendpsychiater	HNO- Ärzte	Chirurgen
		Land	Stadt							
Krankengymnastik - Einzelbehandlung	-7 %	-7 %	-7 %	-5 %	-3 %	-5 %	-7 %		-3 %	-7 %
Ergotherapie - sensomotorisch/perzeptiv	-2 %	-2 %	-2 %	-2 %	-1 %		-2 %	-2 %		-1 %
Krankengymnastik - ZNS Erwachsene	-4 %	-4 %	-4 %	-2 %	-1 %		-4 %			-1 %
Ergotherapie - psych.-funktionell	-5 %	-10 %	-10 %	-10 %	-10 %		-10 %	-10 %		
Ergotherapie - motorisch-funktionell	-2 %	-2 %	-2 %	-1 %			-2%			-2 %

Quelle: Zielvereinbarung KVSH/GKV 2024)

- Zielvereinbarung der KVen und GKV losgelöst vom Versorgungsbedarf und medizinischer Notwendigkeit!

Wirtschaftlichkeitsprüfung:

- Regionale Unterschiede med.-therapeutisch nicht erklärbar (hier exempl. Manuelle Therapie)
- MT-Anteil (Behandlungseinheiten): Brandenburg: 25% | Saarland: 1%

GKV-Heilmittel-Schnellinformation für die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Januar bis Dezember 2024

6 Auswertungen zu Einzelleistungen

6.1 Tabelle:

Physiotherapie: Umsätze und Mengen je Einzelleistungen von Januar bis Dezember 2024 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum

Leistung	KV Brandenburg				Bund			
	in Tsd.	Änderung	je 1.000 Versicherte	Änderung	je Arzt	Änderung	Anteil an absolut	
Manuelle Therapie								
Bruttoumsatz in €	82.322	+ 5,8%	35.702	+ 5,0%	25.936	+ 4,7%	27,3%	
Verordnungsblätter	406	- 0,7%	176	- 1,1%	127	- 2,3%	30,3%	
Behandlungseinheiten	2.500	- 0,3%	1.084	- 1,1%	788	- 1,3%	25,0%	

GKV-Heilmittel-Schnellinformation für die Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Januar bis Dezember 2024

6 Auswertungen zu Einzelleistungen

6.1 Tabelle:

(Fortsetzung) Physiotherapie: Umsätze und Mengen je Einzelleistungen von Januar bis Dezember 2024 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum

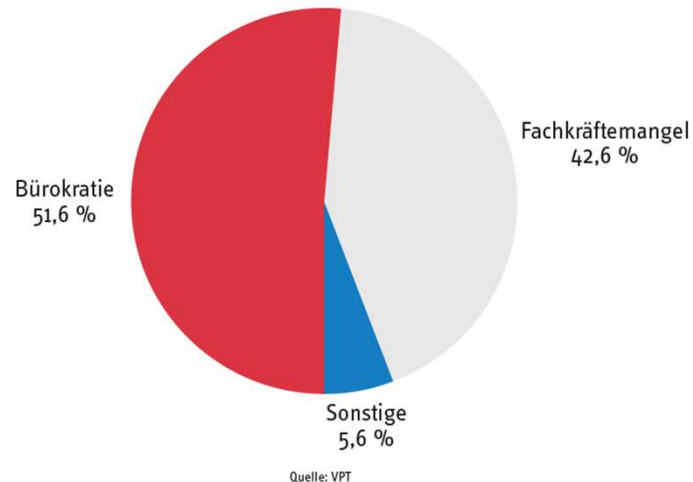
Leistung	KV Saarland				Bund			
	in Tsd.	Änderung	je 1.000 Versicherte	Änderung	je Arzt	Änderung	Anteil an absolut	
Manuelle Therapie								
Bruttoumsatz in €	1.124	- 1,5%	1.318	- 2,2%	851	- <0,1%	1,1%	
Verordnungsblätter	6	- 8,8%	7	0,0%	4	0,0%	1,2%	
Behandlungseinheiten	34	- 7,5%	40	- 9,1%	26	- 6,2%	1,0%	

Quelle: GKV-HIS

Bürokratieabbau:

Neben dem Fachkräftemangel ist der Bürokratieabbau zentrales Thema in den Praxen.

Für über 90 Prozent der befragten Physiotherapeut*innen sind Bürokratie und Fachkräftemangel die Hauptprobleme im laufenden Betrieb.



- ▶ (BSG-)Rechtsprechung: Prüfpflicht liegt bei den Therapeuten! Wertvolle Therapiezeit geht durch die Prüfpflicht verloren!
- ▶ Absetzungsrisiko bei Formalfehlern auf der Verordnung.
- ▶ PVS der Ärzte und dessen Prüfungsgenauigkeit zentrale Bedeutung - keine Ausstellung unvollständiger | fachlich fehlerhafter VO.
- ▶ HeilM-RL als untergesetzliche Norm entscheidender „Hebel“ für die Entbürokratisierung.
- ▶ Digitalisierungsprozesse orientieren sich an dem SGB V und den HeilM-RL → Rahmenverträgen. RL-Vorgaben werden 1:1 in der eVO (von der *gematik*) umgesetzt!

➡ RL-Änderungen (Wegfall der Regelfallsystematik | Genehmigungsverfahren | LHB/BVB-Systematik) haben zur Entbürokratisierung beigetragen! Dieser Weg zur Entbürokratisierung und schlankeren Prozessen gilt es konsequent weiter zu verfolgen.

Agenda

I. Vorstellung SHV

II. Rahmenbedingungen

III. Evaluation der HeilM-RL: Eingabe LEV

IV. Bewertung der Evaluationsergebnisse

V. Fazit

Evaluation: Eingaben der LEV

Sachverhalt	Bewertung RL-/Änderung (+/-) ➞ Handlungsbedarf LEV
Regelfallsystematik	⊕ Wegfall der Regelfallsystematik ⊕ Abschaffung des Genehmigungsverfahrens außerhalb des Regelfalls → Entbürokratisierung
orientierende Behandlungsmenge (oBM) <i>„Orientierungshilfe“ vs. Obergrenze</i>	⊖ Informationsdefizit: Wahrnehmung der oBM als verbindliche; absolute Höchstgrenze → restriktiveres VO-Verhalten: weniger Verordnungen → Unterversorgung ➞ Minimalvariante: klarstellender Hinweis im HMK, dass Behandlungseinheiten > oBM gem. § 7 (4) HeilM-RL bei Nicht-Erreichung des Therapieziels, med. Notwendigkeit verordnet werden können. ➞ Maximalvariante: Wegfall der oBM, um die Wirkung des früheren „Regelfalls“ zu vermeiden.
Höchstmenge je VO	➞ Vereinheitlichung der Verordnungshöchstmenge auf 12 Wochen in Abhängigkeit zur Frequenz ➞ regelmäßige Erhöhung der Höchstmengen je Verordnung in der Physiotherapie von 6 Einheiten auf 10 Einheiten - Ausnahme von BVB und LHB (PT) (ausgenommen Podologie) → Vereinfachung des Systems + Reduzierung von Arztkontakten

Evaluation: Eingaben der LEV

Sachverhalt	Bewertung (+/-) ➔ Handlungsbedarf LEV
LHB BVB	⊕ Neu-Regelungen LHB/BVB → Entbürokratisierung, mehr Planungssicherheit für Praxen und Patienten inklusive der Vorteile einer bundesweit einheitlichen und kassenübergreifenden Regelung ⊖ Bestehendes Informationsdefizit bei Ärzt:innen und Patient:innen ⊖ Antrags-/Genehmigungsverfahren LHB: fehlende Transparenz der Beurteilungskriterien für Patienten, Ärzte und HeilM-Erbringer ⊖ Erfahrung aus der Mitgliedschaft: Ablehnung von Anträgen, bei denen eine schwere und langfristige Schädigung vorliegt, die mit den in Anlage 2 gelisteten Diagnosen vergleichbar ist und ein entsprechender Therapiebedarf besteht. ➔ Ausweitung der Diagnoseliste LHB BVB ➔ Diagnoseliste: Entfall der Spezifikationen z.B. Alter bzw. länger 1 Jahr nach Akutereignis ➔ transparent ausgestaltetes Antragsverfahren mit festgelegten, nachvollziehbaren Bewertungskriterien (Kassenindividuelle Entscheidung!) ➔ Patient als Akteur (Antragsteller) oft nicht kompetent / überfordert

Evaluation: Eingaben der LEV

Sachverhalt	Bewertung (+/-) ➔ Handlungsbedarf LEV
Ort der Leistungserbringung	– Unterfinanzierung der Hausbesuche – Regelungslücke: Fehlende Vergütung von Hausbesuchen in tagesstrukturierten (Ganztags-)Einrichtungen (Werkstätten für behinderte Menschen, Tagesstätten; Regelschulen/-kindergärten) → HeilM-Erbringern werden die Kosten auferlegt → Die Erbringung von Hausbesuchen wird durch die Personalengpässe und die Unterfinanzierung und Haftungsrisiko massiv erschwert. – SSSST: Insbesondere bei der Therapie im Bereich Stottern und Laryngektomie kann eine Behandlung in geeigneten Alltagssituationen außerhalb der zugelassenen Praxisräume und außerhalb des persönlichen Wohnumfeldes erforderlich sein, um die Therapieziele zu erreichen. ➔ Ergänzende Klarstellung in den HeilM-RL notwendig: “Voraussetzung für die Kostenübernahme des Hausbesuches durch die Krankenkasse ist, dass sich aus der Verordnung der Heilmittelbehandlung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt. Dies soll in der Regel bei einem behördlich festgestellten Förderstatus angenommen werden. § 6 Absatz 2 darf dem nicht entgegenstehen“. ➔ SSSST: „Im Bereich der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie kann es zum Erreichen des Therapieziels, insbesondere in den Behandlungsbereichen Stottern und Laryngektomie, erforderlich sein, Teile der Behandlung in geeigneten Alltagssituationen des Patienten (außerhalb der Praxisräume) durchzuführen.“

Evaluation: Eingaben der LEV

Sachverhalt	Bewertung (+/-) ➡ Handlungsbedarf LEV
Auswahl der Heilmittel	➡ Die Auswahl des spezifischen Heilmittels innerhalb der jeweiligen Leistungsart sollte den Therapeuten übertragen werden. In der Praxis nutzen Ärzte die Möglichkeit, die Auswahl des konkreten Heilmittels zu differenzieren, nicht ausreichend. Daher erscheint es sinnvoll, die Entscheidungskompetenz den Heilmittelerbringenden zuzuweisen, um eine patientenorientierte und effektive Versorgung der Patienten sicherzustellen. ➡ Streichung der Frequenzangabe auf der VO bzw. dass nur Angaben zur Frequenzspanne erfolgen müssen, wenn vom HMK abgewichen wird (analog Podologie-Rahmenvertrag) ➡ Intensivtherapie: Erbringung mehrerer Therapieeinheiten am gleichen Tag mit Genehmigung der Krankenkassen Kennzeichnung auf der VO, um abw. Vorgehen zu ermöglichen (z.B. zu Frequenz/Dauer/Häufigkeit pro Tag)
Fristen: Behandlungsbeginn Entlassmanagement	⊖ Wartezeitenproblematik durch Fachkräftemangel: Beginn-Frist (28 Tage bzw. 14 Tage) häufiger Anlass für die VO-Anpassung/-Neuausstellung ➡ Anpassung der Fristen: 28 Tagen → 42 Tage, wenn med. nichts dagegen spricht <u>oder</u> ➡ Späterer Behandlungsbeginn in Abstimmung mit dem Verordner ➡ Entlassmanagement: Anpassungen der Fristen: 7 Tage → 14 Tage VO-Zeitraum; 12 → 21 Tage Behandlungsabschluss (Corona-Sonderregelung)

Evaluation: Eingaben der LEV

Sachverhalt	➔ Handlungsbedarf LEV
Bürokratieabbau	⊕ Wegfall der Regelfallsystematik und des Genehmigungsverfahrens ⊖ System der HeilM-RL weiterhin zu bürokratisch und zu komplex; weitere Änderungsbedarfe [insbesondere...] ➔ Das Erfordernis der Begründung (§ 16 (4) HeilM-RL) und Dokumentation zur Behandlungsunterbrechung sollte zur Bürokratierleichterung entfallen. ➔ Verstetigung der Corona-Sonderregelungen: Änderung der VO durch den Therapeuten – <u>Ausnahmen</u>: Heilmittel; Behandlungsmenge und Hausbesuch → Anpassung der Anlage 3 der HeilM-RL! ➔ Öffnungsklausel Anl. 3 HeilM-RL – Möglichkeit der Abweichung durch Rahmenvertragspartner aus pragmatischen Gründen (§ 16 Abs. 4 S. 4 HeilM-RL) ➔ Verzicht der Angabe der Diagnosegruppe (DG) / Vereinfachung DG ➔ Einheitliche HeilM-RL Ärzte / Zahnärzte einschließlich VO-Vordruck

Evaluation: Eingaben der LEV

Sachverhalt	➔ Handlungsbedarf LEV
Bürokratie-abbau	➔ Unterschrift (i.V.; i.A.) durch Arzt statthaft ➔ VO-Fall = vollständiger ICD-10 anstelle 3-Steller gewünscht ➔ Erweiterung des Verzeichnisses gebräuchlicher Abkürzungen ➔ Ausnahmeregel bei Korrektur des Ausstellungsdatums (nur noch ein Datum)

Agenda

I. Vorstellung SHV

II. Rahmenbedingungen

III. Evaluation der HeilM-RL: Eingabe LEV

IV. Bewertung der Evaluationsergebnisse

V. Fazit

Bewertung der Evaluationsergebnisse:

- ➔ Alleinige Überwindung des Informationsdefizits wird nicht ausreichen, um die bestehenden bürokratischen Hürden vor dem Hintergrund knapper Ressourcen zu überwinden.
- ➔ Die von den LEV vorgebrachten Verbesserungsvorschläge im Themenkomplex „Bürokratieabbau“ sind nur zum Teil im Fazit aufgegriffen worden.
- ➔ Vielmehr ist G-BA-seitig auf die Einführung der eVO und der Digitalisierung verwiesen worden, was unseres Erachtens nicht vollends ausreicht die Bürokratie einzugrenzen. Die gematik setzt bestehende Regelungen (HeilM-RL, Rahmenverträge) 1:1 um! Es gilt zu vermeiden, dass die papierbasierten, analogen Prozesse in die Digitalisierung überführt werden.
- ➔ Das Verhältnis von Therapiezeit und Bürokratie muss zu Gunsten der Therapiezeit verändert werden; Anpassungen HeilM-RL zielorientiert fortsetzen.
- ➔ **Aus der Evaluation sind konkrete Maßnahmen abzuleiten und Umsetzungspläne mit Fristen festzulegen (*Projektplan*).**

Agenda

- I. Vorstellung SHV
- II. Rahmenbedingungen
- III. Evaluation der HeilM-RL: Eingabe LEV
- IV. Bewertung der Evaluationsergebnisse
- V. Fazit

Fazit

- ➔ Stärkere Therapieautonomie/Entscheidungskompetenz für HeilM-Erbringer entsprechend dem Kompetenzprofil
- ➔ Ausrichtung der Regelungen an Versorgungsrealitäten (Intensivtherapie; Ausweitung der Fristen)
- ➔ Handlungsleitend für die RL-Anpassung sollte neben der Versorgung(squalität) die Entbürokratisierung sein (Überarbeitung / Öffnung der Anlage 3; Streichung der Frequenzangabe)
- ➔ HeilM-RL: Balance zwischen Standardisierung und Flexibilität unter Integration neuer Versorgungsformen/-modelle
- ➔ Keine reine Überführung analoger, papierbasierter Prozesse in die digitale Architektur, sondern Optimierung.

Vielen Dank!

