VDB-PHYSIOTHERAPIEVERBAND
BERUFS- UND WIRTSCHAFTSVERBAND DER SELBSTSTÄNDIGEN
IN DER PHYSIOTHERAPIE
www.vdb-physio.de

VDB BV e.V. • Ehrlichstr. 18 • 10318 Berlin

Per E-Mail

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 424 – Ausbildung und Berufszugang zu den Pflegeberufen und weiteren Heilberufen, EU- und Internationale Angelegenheiten
Mauerstraße 29
10117 Berlin

Bundesverband

Ehrlichstr. 18, 10318 Berlin
Tel: 030 / 367 000 00
Mail: bv@vdb-physio.de

Bankverbindung:
Deutsche Bank Bonn
IBAN DE03380700590051006500
BIC DEUTDEDK380

Berlin, 19. November 2026

Geschäftszeichen: 57310#00003

Stellungnahme des VDB zum Referentenentwurf (RefE) eines Gesetzes zur Reform der Berufe in der Physiotherapie und zur Änderung weiterer Vorschriften (Physiotherapieberufereformgesetz - PhyThBRefG) vom 26. Oktober 2026

Sehr geehrte Damen und Herren,

diese Stellungnahme wurde von den Experten des VDB-Physiotherapieverbands, dem Unternehmerverband der Physiotherapeuten erarbeitet.

Der VDB vertritt die Inhaber ambulanter Physiotherapiepraxen, also die Arbeitgeber und Ausbildungsbetriebe des Berufs. Ob die Reform gelingt, entscheidet sich in diesen Praxen.

Wir unterstützen grundsätzlich die Reform der Berufsgesetze für die Physiotherapie und die Medizinische Massagetherapie. Schulgeldfreiheit, Ausbildungsvergütung und eine erstmalige Finanzierung der ambulanten Ausbildung sind überfällig. Auch das Vorhaben, bisherige Zertifikatsinhalte in die Ausbildung aufzunehmen, findet unsere Zustimmung.

Der Bedarf ist groß. Für Physiotherapieberufe meldet die Bundesagentur für Arbeit für 2025 eine mittlere Vakanzzeit von 304 Tagen (Quelle: physio.de, 07.03.2026). Nach der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wird 2035 etwa jede vierte Person mindestens 67 Jahre alt sein. Ohne kostendeckende Finanzierung werden gerade kleine und mittlere Praxen nicht ausbilden können. Der Fachkräftemangel würde sich dann verschärfen, statt abzunehmen.

An mehreren Stellen muss der Entwurf deshalb geändert werden. Es kommt darauf an, dass Praxen die Ausbildung personell und wirtschaftlich leisten können, vorhandene Qualifikationen anerkannt werden und neue Befugnisse in der Versorgung nutzbar sind. Wir haben unsere Hinweise nach ihrer Bedeutung geordnet und zu den wichtigsten Punkten Formulierungsvorschläge beigefügt.

Gliederung

1 Kernforderungen und Übersicht

1.1 Unsere 5 Kernforderungen

1.2 Übersicht der Änderungsvorschläge

2 Änderungsvorschläge im Einzelnen

2.1 Die ambulante Ausbildung vollständig refinanzieren (mit Fondslösung)

2.1.1 Notwendige Kosten erstatten

2.1.2 Den Produktivitätsabzug von 11,75 zu 1 streichen

2.1.3 Liquidität sichern und Vorfinanzierung vermeiden

2.1.4 Finanzierung vor Ausbildungsbeginn festlegen

2.1.5 Kosten nachvollziehbar ausweisen und Lasten verteilen

2.1.6 Fondslösung als tragfähige Finanzierungsgrundlage

2.2 Praxisanleitung im Praxisalltag ermöglichen

2.2.1 Was als Anleitung zählt

2.2.2 Ausfallrisiko kleiner Praxen begrenzen

2.2.3 Zusatzqualifikation finanzieren und anerkennen

2.2.4 Erfahrene Praxisanleitende dauerhaft einbeziehen

2.3 Berufstätigen den Weg zur Heilkundebefugnis eröffnen

2.4 Zertifikatsinhalte in der Ausbildung auch für die Abrechnung anerkennen

2.5 Ein gemeinsames physiotherapeutisches Berufsbild erhalten

2.6 Neue Befugnisse in der Versorgung nutzbar machen

2.6.1 Befunderhebung und Therapieverantwortung vergüten

2.6.2 Direktzugang schrittweise und geregelt einführen

2.6.3 Bestehende Versorgungsverträge fortführen

2.6.4 Umsetzungsplan vorlegen

2.7 Ausbildung für Menschen mit Handicap, insbesondere blinde und sehbehinderte Menschen sichern

3 Weitere Hinweise

3.1 Medizinische Massagetherapie und Übergänge sichern

3.2 Studium, Schulen und europäische Anerkennung

3.3 Evaluation, Wirkungen frühzeitig überprüfen

4 Abschließende Bewertung

1 Kernforderungen und Übersicht

Der Referentenentwurf betrifft die ambulanten Praxen an vielen Stellen: bei der Finanzierung der Ausbildung, bei der Praxisanleitung, bei der Anerkennung vorhandener Qualifikationen und beim Zugang zu neuen Befugnissen. Damit der Überblick erhalten bleibt, stellen wir unsere Position in zwei Schritten vor. Unter 1.1 fassen wir die fünf Forderungen zusammen, von denen aus Sicht der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber der Erfolg der Reform abhängt. Unter 1.2 folgt eine Übersicht aller Änderungsvorschläge, jeweils mit der Regelung im Entwurf und unserer Forderung dazu. Auf die Nummern dieser Übersicht verweisen wir im weiteren Text. Die ausführliche Begründung und unsere Formulierungsvorschläge finden Sie in Kapitel 2.

1.1.1 Unsere 5 Kernforderungen

1.1.1 Die ambulante Ausbildung vollständig und rechtzeitig refinanzieren. Pauschalen müssen die notwendigen Kosten decken, vor Ausbildungsbeginn feststehen und als Abschläge im Voraus gezahlt werden.

1.1.2 Der pauschale Produktivitätsabzug von 11,75 zu 1 ist zu streichen (→ Abschnitt 1 und 2).

1.1.3 Berufstätigen ist ein geregelter Weg zur Heilkundebefugnis zu eröffnen. Gleichwertige Kompetenzen werden durch Bescheid festgestellt, Lücken durch Ergänzungsmodule mit staatlicher Prüfung geschlossen (→ Abschnitt 3).

1.1.4 Keine doppelten Qualifikationsnachweise. Was in der staatlichen Prüfung nachgewiesen ist, muss für die Abrechnung anerkannt werden (→ Abschnitt 4).

1.1.5 Zugänge für die Gruppe vom Menschen mit Behinderung sicherstellen. Deren Leistungen sind über die Sozialversicherungsträger wie bisher sicherzustellen und es ist eine Sonderregelung bzgl. Finanzierung und Ausbildungshoheit in das Physiotherapiegesetz einzupflegen (vgl. Punkt 2.7 dieser Stellungnahme).

1.2 Übersicht der Änderungsvorschläge

Forderung des VDB:

I.

§ 125 Abs. 2b SGB V: Pauschalen unter Vorbehalt der Beitragssatzstabilität, Abzug 11,75 zu 1, offene Fristen

Vorbehalt für gesetzlich veranlasste Ausbildungskosten nicht anwenden, Abzug streichen, feste Termine, Abschläge im Voraus

II.

§§ 14, 15, 42, 43 PhyThG: 25 Prozent Anleitung, 200 Stunden Zusatzqualifikation

Anleitung vollständig finanzieren, Qualifikation vor Kursbeginn erstatten, dauerhafter Zugang für erfahrene Anleitende

III.

§§ 40, 101, 105 PhyThG: Ergänzungsprüfung nur für einen Teil der Hochschulabsolventen

Neuer § 40a: Gleichwertigkeitsbescheid und Ergänzungsprüfung für alle Berufsangehörigen, Verweis auf § 18a MPhG

IV.

§ 124 Abs. 2a und § 125 Abs. 2 Nr. 3 SGB V unverändert

Staatlich geprüfte Kompetenzen ersetzen Zertifikatsnachweise, Anpassungsfrist mit Schiedsstelle

V.

§§ 1, 2, 7, 37 PhyThG: zwei Berufsbezeichnungen

Gemeinsamer Kompetenzkern im Gesetz, Befugnis über Zusatz statt über den Grad kenntlich machen

VI.

§ 2 PhyThG ohne Anschluss an das Leistungsrecht

Umsetzungsplan mit Frist, evaluierte Direktzugangskorridore, Bestandsschutz für § 125a SGB V

VII. bis X

Menschen mit Handicap, insbesondere blinde und sehbehinderte Menschen, Massagetherapie, Studium, Schulen, EU, Evaluation

Barrierefreie Ausbildung und Prüfung mit erstatteten Mehrkosten, leistungsrechtliche Überleitung, Studienvergütung, Förderübergänge, 240-ECTS-Weg, frühere Evaluation

Letzte Punkt Lösung:

Es wird eine gesonderte Regelung für die Qualifizierung von Menschen mit Behinderungen in das Gesetz eingepflegt. Diese sieht vor, dass Ausbildungen von Menschen mit Handicap, welche über die Sozialversicherungsträger im Rahmen einer Beruflichen Rehabilitation nach §51 SGB IX oder im Rahmen einer Beruflichen Ersteingliederung getragen werden: a) ausschließlich von zu diesem Zweck gesetzlich vorgesehenen Einrichtungen (BFW, BBS) erbracht werden dürfen b) die vollumfängliche Verantwortung (u.a. vertraglich, organisatorisch, pädagogisch) für die Ausbildung (schulischer wie praktischer Anteil) bei diesen Einrichtungen liegt und nicht bei der Praktikumsstelle c) eine Ausbildungsvergütung entfällt in diesen Fällen, da hier die Unterstützung zum Lebensunterhalt über die Sozialversicherungsträger gewährleistet ist.

Unserer Ansicht nach ist eine berufliche Rehabilitation / Ersteingliederung nach dem aktuellen Referentenentwurf inhaltlich, strukturell und organisatorisch nicht möglich.

2 Änderungsvorschläge im Einzelnen

2.1 Die ambulante Ausbildung vollständig refinanzieren (mit Fondslösung)

Zu Artikel 6 (§ 125 Absatz 2b SGB V) und Artikel 8

Unsere Forderung als VDB: Pauschalen, die die notwendigen Kosten decken, ohne Vorbehalt der Beitragssatzstabilität, ohne pauschalen Produktivitätsabzug und mit Abschlägen vor Quartalsbeginn.

Die Pauschalen für die ambulante Ausbildung und die pädagogische Zusatzqualifikation sind grundsätzlich ein richtiger Ansatz. Auch die Zahlung über den GKV-Spitzenverband und die Schiedsstellenregelung unterstützen wir. Nach dem Entwurf bleibt die Praxis aber zur Zahlung der Vergütung verpflichtet, während Höhe, Fälligkeit und Zahlungsweg der Erstattung offen sind.

2.1.1 Notwendige Kosten erstatten

Praxen dürfen die Ausbildung nicht aus den Einnahmen für die Patientenbehandlung mitfinanzieren müssen. Zu erstatten sind die Ausbildungsvergütung mit Arbeitgeberanteilen, die Freistellung für die Anleitung und der Deckungsbeitrag aus Behandlungen, die deshalb entfallen.

Hinzu kommen Vor- und Nachbereitung, Dokumentation, Abstimmung mit Schulen und Hochschulen sowie Ausbildungs- und Prüfungsmittel. Dieselben Kosten dürfen nicht doppelt angesetzt werden.

Die Begründung orientiert die Pauschalen an § 17a KHG und an tariflichen Entgelten. Diese Bemessungsanker gehören in den Normtext. Die Pauschalen sind jährlich an die Kosten- und Tarifentwicklung anzupassen.

Der Vorbehalt der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V passt nicht zu Kosten, die der Gesetzgeber selbst vorschreibt. Wenn er Vergütung und Anleitung verlangt, muss deren Finanzierung gesichert sein.

(§ 125 Absatz 2b SGB V):
„§ 71 Absatz 1 bis 3 findet auf die Pauschalen nach diesem Absatz keine Anwendung, soweit sie gesetzlich vorgeschriebene Ausbildungskosten abbilden."

Weitere Aussagen zur Finanzierung sind unter Punkt 7 konkretisiert.

2.1.2 Den Produktivitätsabzug von 11,75 zu 1 streichen

Nach dem ersten Ausbildungsdrittel soll ein Arbeitsanteil der Auszubildenden im Verhältnis 11,75 zu 1 von den Mehrkosten abgezogen werden. Die Begründung bildet diesen Wert als Mittelwert der Anrechnungssätze der Pflege (9,5 zu 1 stationär, 14 zu 1 ambulant). Eigene Daten zur Physiotherapie legt sie nicht vor.

Der Abzug unterstellt einen Ertrag, den die Praxis wegen der Anleitungspflicht gerade nicht erzielt. Ob Auszubildende wirtschaftlich zur Praxis beitragen, hängt von Ausbildungsstand und Einsatz ab; Vorrang haben die Lernziele. Wir fordern die Streichung. Hält der Gesetzgeber an einem Abzug fest, ist er durch physiotherapiespezifische Erhebungen zu belegen und nach Ausbildungsstand zu staffeln.

2.1.3 Liquidität sichern und Vorfinanzierung vermeiden

Die Vergütung fließt monatlich ab; Kurs, Freistellung und weniger Behandlungen fallen vor jeder Erstattung an. Für kleine Praxen ist ein vorhersehbarer Zahlungsfluss wichtiger als eine rechnerisch auskömmliche Jahrespauschale.

Abschläge werden spätestens 14 Tage vor Quartalsbeginn ausgezahlt und später abgerechnet; bei Verzug fallen Verzugszinsen an.

Bricht eine Person die Ausbildung ab, werden bereits entstandene Kosten nicht zurückgefordert.

Ein Nachweis je Quartal über ein bundeseinheitliches digitales Formular genügt; Doppelprüfungen durch Land und GKV entfallen.

Praxen, die nur einzelne Ausbildungsabschnitte übernehmen, erhalten einen eigenen Anspruch oder einen gesicherten Anspruch auf Weiterleitung.

Einnahmen außerhalb der GKV werden nur angerechnet, soweit sie dieselben Ausbildungskosten decken. Die in der Begründung genannten rund 32 Millionen Euro PKV-Anteil sind keine gesetzliche Umlage und damit kein gesicherter Zufluss an die Praxis.

2.1.4 Finanzierung vor Ausbildungsbeginn festlegen

Die offenen Verhandlungsfristen im Entwurf sind durch feste Termine zu ersetzen. Pauschalen und Zahlungsweg müssen vor Ausbildungsbeginn feststehen; verzögern sich die Verhandlungen, gilt eine vorläufige Finanzierung. Vergütungspflicht und Refinanzierung beginnen gleichzeitig.

Wir fordern, die Ausbildungsvergütung ab Beginn des neuen Ausbildungssystems einzuführen.

2.1.5 Kosten nachvollziehbar ausweisen und Lasten verteilen

Vorblatt F nennt für die Vergütung rund 301 Millionen Euro; die dort genannten Teilbeträge von 119,8 und 243,3 Millionen Euro ergeben 363,1 Millionen Euro. Wir bitten um Erläuterung der Differenz von 62,1 Millionen Euro, etwa durch unterschiedliche Brutto- und Nettoebenen. Bruttozahlungen, Beitragseinnahmen und verbleibende Lasten sollten je Träger getrennt ausgewiesen werden.

Für die zusätzlichen GKV-Kosten, die ab 2037 bei voller Wirksamkeit rund 198, 1 Millionen Euro jährlich erreichen, fehlt eine bezifferte Verbindung zu den allgemein genannten Einsparungen. Der Verweis auf Einsparungen aus anderen Reformen reicht allein als Gegenfinanzierung nicht aus. Die Gesundheitsministerkonferenz hat im Umlaufbeschluss 11/2025 eine angemessene Bundesbeteiligung und eine sektorenunabhängige Finanzierung gefordert.

2.1.6 Fondslösung als tragfähige Finanzierungsgrundlage

Der VDB schlägt vor, die Ausbildungskosten übereinen Fonds zu finanzieren, an dem sich alle (GKV, PKV, Bund, Land usw.) beteiligen.

Die Verbände halten ein fondsbasiertes Finanzierungsmodell nach dem Vorbild der Pflegeausbildung für den geeigneten Ansatz. Ein Ausbildungsfond sollte alle relevanten Kostenträger einbeziehen, sämtliche Ausbildungskosten refinanzieren und ambulante wie stationäre Versorgungsbereiche gleichermaßen berücksichtigen. Über die konkrete Ausgestaltung und die jeweiligen Finanzierungsanteile ließe sich den Besonderheiten der Berufsfelder Rechnung tragen.

2.2 Praxisanleitung im Praxisalltag ermöglichen

Zu Artikel 1 §§ 14, 15, 42 und 43 PhyThG sowie Artikel 2 §§ 13 und 14 MedMThG

Der Entwurf verlangt mindestens 25 Prozent Praxisanleitung, bezogen auf die praktische Ausbildung; bis Ende 2036 dürfen die Länder auf 15 Prozent absenken. Hinzu kommen 200 Stunden pädagogische Zusatzqualifikation und laufende Fortbildung. Zum Vergleich: In der Pflege liegt der Anleitungsanteil bei 10 Prozent. Die Übergangsfrist allein schafft weder Personal noch Finanzierung.

Unsere Forderung als VDB: Anleitung vollständig finanzieren, die Kosten für die Zusatzqualifikation vor Kursbeginn erstatten und weitere erfahrende Mitarbeiter als Anleiter dauerhaft einbeziehen.

2.2.1 Was als Anleitung zählt

Geplante Anleitung, fachlich begleitete Behandlungen und Fallbesprechungen zählen als Anleitung. Der Zeitaufwand für Vor- und Nachbereitung wird nach Abschnitt 1.1 erstattet. Einfache digitale Nachweise und eine klare Aufgabenteilung mit Schulen und Hochschulen vermeiden doppelte Arbeit.

2.2.2 Ausfallrisiko kleiner Praxen begrenzen

Hat eine Praxis nur eine qualifizierte Anleitungsperson, gefährden deren Weggang oder längere Krankheit die gesamte Ausbildung. Ausbildungsverbünde sollen qualifizierte Anleitende deshalb gemeinsam einsetzen können, soweit fachliche Begleitung und Erreichbarkeit gesichert sind. Die Koordinationskosten solcher Verbünde sind erstattungsfähig. Für Vertretung bei Ausfall braucht es verbindliche Standards.

2.2.3 Zusatzqualifikation finanzieren und anerkennen

Kursgebühr, Freistellung für 200 Stunden, Reise- und Prüfungskosten sind vor Kursbeginn zu erstatten, nicht erst danach. Für die 200 Stunden braucht es bundesweit vergleichbare Mindestinhalte und Anerkennungskriterien. Gleichwertige pädagogische Qualifikationen und vorhandene Anleitungserfahrung werden angerechnet. Vor Umsetzung der Anleitungsquote sind regional genügend finanzierte Kurse nachzuweisen. Wir vertreten die Auffassung, dass bisherige Anleiterinnen und Anleiter unter einen Bestandsschutz fallen müssen.

2.2.4 Erfahrene Praxisanleitende dauerhaft einbeziehen

§ 43 Absatz 2 verlangt für die Anleitung im Studium die neue akademische Berufserlaubnis, zwei Jahre Berufserfahrung und 200 Stunden Zusatzqualifikation. Diese Voraussetzungen kann zu Beginn niemand erfüllen; die Norm ist daher auf die Ausnahme nach Absatz 3 angewiesen. Läuft sie Ende 2036 aus, droht ein Engpass in der hochschulischen Ausbildung.

Wir fordern, anstelle der befristeten Länderausnahme einen dauerhaften Zugang nach fachlicher Eignung, Berufserfahrung und pädagogischer Qualifikation zu schaffen. Die Anleitung eigenverantwortlicher Heilkunde bleibt Personen vorbehalten, die selbst dafür befugt sind. Bei den gemeinsamen Ausbildungsinhalten wirken erfahrene berufsfachschulisch ausgebildete Fachkräfte mit, etwa in gemeinsamen Anleitungsteams.

2.3 Berufstätigen den Weg zur Heilkundebefugnis eröffnen

Zu Artikel 1 §§ 2, 38 bis 40 und 101 bis 105 PhyThG

Unsere Forderung als VDB: Ein neuer § 40a, der allen Berufsangehörigen eine staatliche Ergänzungsprüfung zur Heilkundebefugnis nach § 2 eröffnet, mit Gleichwertigkeitsbescheid und Ergänzungsmodulen nur für festgestellte Lücken.

§ 101 erhält bestehende Berufserlaubnisse, ordnet sie aber dem fachschulischen Status zu; die Heilkundebefugnis nach § 2 ist damit nicht verbunden. § 40 Absatz 2 eröffnet nur einem Teil der bisherigen Hochschulabsolventen ein ergänzendes Studienangebot. Für die übrigen Berufstätigen fehlt ein geregelter Weg.

Der Weg sollte an der staatlichen Prüfung ansetzen, für die der Bund nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG zuständig ist. Die Anrechnung auf Studiengänge bleibt Sache der Hochschulen, sollte aber nach bundeseinheitlichen Mindestkriterien erfolgen. Das Verfahren kann sich an der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG orientieren: Gleichwertigkeit prüfen, Unterschiede feststellen, Ausgleich ermöglichen. Inländische Berufsangehörige dürfen nicht schlechter gestellt werden als Antragsteller aus dem Ausland.

Unsere Mitglieder tragen die Freistellung, wenn sich Beschäftigte nachqualifizieren. Ergänzungsmodule müssen jedoch berufsbegleitend möglich sein, und die Freistellung ist als Ausfallpauschale zu refinanzieren. Auch die Höchstdauer des Teilzeitstudiums nach § 39 Absatz 2 ist im Hinblick auf Berufstätigkeit und Anrechnungen zu überprüfen.

neuer § 40a PhyThG:

„(1) Inhaberinnen und Inhaber einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 können die Befugnis nach § 2 durch Bestehen einer staatlichen Ergänzungsprüfung erwerben. Die zuständige Behörde stellt auf Antrag innerhalb von vier Monaten durch Bescheid fest, inwieweit Kompetenzen aus Ausbildung, Studium, Berufstätigkeit sowie Fort- und Weiterbildung den Anforderungen nach § 2 gleichwertig sind.

(2) Ergänzungsmodule und Prüfung beschränken sich auf die festgestellten wesentlichen Unterschiede und können berufsbegleitend absolviert werden.

(3) Das Nähere regelt die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach bundeseinheitlichen Kriterien.“

Ergänzungsmodule können insbesondere Differenzialdiagnostik, das Erkennen von Risiken und Kontraindikationen sowie die rechtlichen Grenzen eigenverantwortlicher Heilkunde umfassen.

Darüber hinaus sind folgende Punkte zu regeln:

• Der Verweis in § 40 Absatz 2 auf § 9 Absatz 1 Satz 2 MPhG ist auf § 18a MPhG zu erstrecken, der die Hochschulausbildung erlaubt hat.

• Die nach § 105 bis Ende 2034 auslaufenden Studiengänge sowie nachträglich erworbene Bachelor- und Masterabschlüsse sind ausdrücklich einzubeziehen.

• Inhaber einer sektoralen Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapie brauchen eine Übergangs- und Anrechnungsregel.

• Bestehende Behandlungsbefugnisse und Abrechnungsberechtigungen bleiben erhalten. Bereits nachgewiesene Kompetenzen werden nicht erneut geprüft.

Diese Grundsätze zum Bestandsschutz und zur Ergänzungsqualifizierung gelten für die Abschnitte 4, 6, 7 und 8 entsprechend.

2.4 Zertifikatsinhalte in der Ausbildung auch für die Abrechnung anerkennen

Zu Artikel 1 §§ 7, 37, 98 und 99 PhyThG, Artikel 2 §§ 6 und 61 MedMThG sowie §§ 124 und 125 SGB V

Unsere Forderung als VDB:

In die Physiotherapieausbildung sind mindestens 2 Zusatzqualifikationen / bisherige Zertifikatspositionen einzubauen; dies aus den folgenden Bereichen Manuelle Therapie, Bobath Erwachsene oder PNF. Bei den medizinischen Massagetherapeuten ist die Manuelle Lymphdrainage in die Ausbildung aufzunehmen.

Kenntnisse, die in der staatlichen Examensprüfung nachgewiesen ist, ersetzt den Zertifikatskurs und die entsprechende Prüfung; die Verträge werden innerhalb einer gesetzlichen Frist angepasst.

Wir unterstützen, dass bisherige Zertifikatskompetenzen bereits in der Ausbildung vermittelt werden. Das Vorblatt stellt den Wegfall gesonderter Zertifikatsnachweise als Vorteil dar. Der Normtext lässt § 124 Absatz 2a und § 125 Absatz 2 Nummer 3 SGB V jedoch unverändert. Die curriculare Integration sichert deshalb noch keine Abrechnungsberechtigung.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung muss Lernziele, praktische Anteile und Prüfungsanforderungen benennen. Das Zeugnis soll ausweisen, welchen Zertifikatspositionen die geprüften Kompetenzen entsprechen. So haben Praxen und Abrechnungsstellen eine eindeutige Grundlage. Die staatliche Prüfung sichert zugleich die Qualität, die bisher über Zertifikate nachgewiesen wird.

neuer Satz in § 125 Absatz 2 SGB V:

„Soweit die für die Erbringung eines Heilmittels erforderliche besondere Qualifikation durch eine staatliche Prüfung nach dem Physiotherapeutengesetz oder dem Gesetz über die Medizinische Massagetherapie nachgewiesen ist, dürfen in den Verträgen keine zusätzlichen Nachweise für gleichwertige Inhalte verlangt werden“

2.5 Ein gemeinsames physiotherapeutisches Berufsbild erhalten

Zu Artikel 1 §§ 1, 2, 7, 37 und 51 PhyThG

Unsere Forderung als VDB: Den gemeinsamen Kompetenzkern beider Ausbildungswege im Gesetz festschreiben und die Heilkundebefugnis über einen Zusatz kenntlich machen, nicht ausschließlich über den akademischen Grad.

Nach § 7 erfolgt die Behandlung auf Grundlage einer ärztlich oder zahnärztlich festgestellten Diagnose und Indikation. Schon dafür beschreibt der Entwurf selbständige therapeutische Entscheidungen.

§ 2 erlaubt Hochschulabsolventen darüber hinaus eigenverantwortliche Heilkunde. Diese Trennung lehnen wir ab, dass ausschließlich der Hochschulabsolvent die eigenverantwortliche Heilkunde erfüllen darf.

Welche zusätzlichen Kompetenzen diese Befugnis voraussetzt, muss aus den Ausbildungs- und Prüfungsanforderungen hervorgehen.

Befunderhebung, Therapieziele, Therapieplanung und Verlaufsbeurteilung gehören bereits jetzt zum gemeinsamen Berufsbild. Davon zu unterscheiden ist die Entscheidung, eine Krankenbehandlung ohne ärztliche Veranlassung aufzunehmen. Dafür sind zusätzliche Kenntnisse erforderlich.

Für die Zusammenarbeit in den Praxen brauchen wir eine gemeinsame Berufsidentität. Zwei geschützte Berufsbezeichnungen lehnen wir daher ab. Wir fordern eine gemeinsame Berufsbezeichnung vor, ergänzt um einen Zusatz, der die Heilkundebefugnis nach § 2 kennzeichnet. Für Patientinnen und Patienten muss erkennbar sein, welche Befugnisse vorliegen.

Ein akademischer Grad und die staatliche Heilkundebefugnis sind unterschiedliche Rechtspositionen. Bereits erworbene Bachelorgrade dürfen weitergeführt werden, belegen aber nicht automatisch die Befugnis nach § 2. Das Gesetz muss die Zuordnung vorhandener und ausländischer Abschlüsse eindeutig regeln (vgl. Abschnitte 3 und 9). Der Übergang von der Berufsfachschule zum Studium muss offenstehen.

§§ 7 und 37 PhyThG:

„Die berufsfachschulische und die hochschulische Ausbildung vermitteln einen gemeinsamen Kern physiotherapeutischer Kompetenzen. Dazu gehören die selbständige Befunderhebung, die Festlegung von Therapiezielen sowie die Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation physiotherapeutischer Behandlungsprozesse auf Grundlage einer ärztlich oder zahnärztlich festgestellten Diagnose und Indikation. Die Voraussetzungen für die Ausübung von Heilkunde nach § 2 bleiben unberührt."

Der Begriff „Bewegungshandeln" in §§ 7 und 37 berührt Kompetenzen der Ergotherapie. Wir regen an, die Abgrenzung im Zuge der geplanten Ergotherapiereform gemeinsam zu klären.

2.6 Neue Befugnisse in der Versorgung nutzbar machen

Zu Artikel 1 §§ 2, 7 und 37 PhyThG und Artikel 6

Unsere Forderung als VDB:

Einen gesetzlichen Umsetzungsauftrag mit Frist für den Anschluss an das Leistungsrecht, evaluierte Direktzugangskorridore für geeignete Indikationen und verlässlicher Bestandsschutz für bestehende Verträge.

Eine berufsrechtliche Befugnis begründet noch keinen Vergütungsanspruch gegenüber der GKV. Der Entwurf schafft mit § 2 einen berufsrechtlichen Teilzugang, lässt den Verordnungsweg der GKV aber unverändert. Praxen und Versicherte müssen wissen, welche Leistungen unter welchen Voraussetzungen erbracht und abgerechnet werden können.

2.6.1 Befunderhebung und Therapieverantwortung vergüten

Befunderhebung, Therapieplanung, Verlaufsbeurteilung und Beratung sind in Leistungsbeschreibung und Vergütung abzubilden. Das gilt schon innerhalb der ärztlich veranlassten Behandlung.

2.6.2 Direktzugang schrittweise und geregelt einführen

Für einen GKV-Direktzugang sind insbesondere §§ 15, 32, 73 und 92 SGB V anzupassen. Wir fordern einen gesetzlichen Auftrag, diese Änderungen bis zu einem festen Termin vorzulegen. Bis dahin sollen wissenschaftlich evaluierte Direktzugangskorridore für geeignete Indikationen erprobt werden. Sie brauchen klare Ausschlusskriterien, einen verpflichtenden Weg zur ärztlichen Abklärung, eine qualifizierte Dokumentation und eine eigene Vergütung für Erstbeurteilung und Risikoscreening.

Der Direktzugang muss in der Praxis nutzbar sein: Eine Praxis ist berechtigt, wenn dort mindestens eine befugte Person tätig ist. Für Behandlungen nach § 2 ist eine Berufshaftpflichtversicherung vorzusehen; deren Kosten sind in der Vergütung zu berücksichtigen. Die drohende Unterversorgung spricht für diesen Weg.

Der VDB fordert in diesem Zusammenhang die Blankoverordnung für sämtliche Indikationen als Regelversorgung zu integrieren.

Der VDB fordert, dass der physiotherapeutische Direktzugang grundsätzlich allen staatlich anerkannten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten offensteht, unabhängig davon, ob ihre Erstausbildung an einer Berufsfachschule oder Hochschule erfolgt ist.

Maßgeblich für die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten müssen die tatsächlich erworbenen und staatlich nachgewiesenen Kompetenzen sein, nicht der akademische Abschluss.

Berufsfachschulisch ausgebildete Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten müssen deshalb die Möglichkeit erhalten, durch Anrechnung ihrer Berufserfahrung, vorhandener Fort- und Weiterbildungen sowie durch berufsbegleitende Ergänzungsmodule und eine staatliche Kompetenzprüfung die Befugnis zum Direktzugang zu erwerben.

Die Qualifizierung muss auch durch staatlich anerkannte Weiterbildungseinrichtungen möglich sein. Eine Verpflichtung zum Erwerb eines Bachelorabschlusses oder zur vollständigen Wiederholung bereits nachgewiesener Ausbildungsinhalte lehnt der VDB ab.

Nach erfolgreicher Qualifizierung müssen für beide Ausbildungswege dieselben heilkundlichen Befugnisse und leistungsrechtlichen Abrechnungsmöglichkeiten gelten.

2.6.3 Bestehende Versorgungsverträge fortführen

Bestehende Zulassungen, Versorgungsbefugnisse und Vergütungsansprüche dürfen nicht allein wegen der Berufsrechtsreform infrage gestellt werden. Das gilt auch für die Blankoverordnung nach § 125a SGB V. Sie setzt weiterhin eine ärztliche Diagnose und Indikation voraus und ist kein Direktzugang. Unklare Kompetenzformulierungen dürfen später nicht als Vorbehalt der Blankoversorgung für Hochschulabsolventen ausgelegt werden.

Die Zulassung nach § 124 Absatz 1 SGB V knüpft an die Berufsbezeichnung an; neue Bezeichnungen sind dort ausdrücklich einzubeziehen. Gesondert zu prüfen sind die Folgen für die Unfallversicherung (§ 30 SGB VII) sowie Rehabilitation und Frühförderung (§§ 42 und 46 SGB IX). Deren Verordnungs- und Finanzierungsregeln ändern sich durch das Berufsrecht nicht automatisch.

2.6.4 Umsetzungsplan vorlegen

Das BMG sollte einen Umsetzungsplan vorlegen, der die nötigen Änderungen im SGB V, in der Heilmittel-Richtlinie und in den Verträgen mit Zuständigkeiten und Terminen benennt. Vor Inkrafttreten brauchen Praxen und Versicherte verständliche Informationen über Abschlüsse, Befugnisse und Übergänge.

2.7 Ausbildung für Menschen mit Handicap, insbesondere blinde und sehbehinderte Menschen sichern

Zu Artikel 1 §§ 8, 10, 13, 14 und 98 PhyThG sowie Artikel 2 MedMThG

Unsere Forderung als VDB:

Den Berufszugang für Menschen mit Handicap, insbesondere für blinde und sehbehinderte Menschen, ausdrücklich sichern und die Kosten ihrer Ausbildung in Schulen und Praxen vollständig weiterhin vollumfänglich über die Sozialversicherungsträger (insbes. BA, DRV, DGUV) finanzieren. Wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) entfällt in diesen Fällen die Ausbildungsvergütung.

Physio- und Massagetherapie sind seit Jahrzehnten sehr wichtige Berufe für Menschen mit Handicap. Der Entwurf erkennt das ausdrücklich an: Der Zugang mit mittlerem Schulabschluss soll gerade ihren Bedarfen Rechnung tragen. Weitere Regelungen überlässt er den Ländern (§ 13 Absatz 3) und dem Nachteilsausgleich in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.

Das reicht nicht aus, um diesen Ausbildungsweg auf Dauer zu sichern.

Wir fordern:

• Zugang erhalten: Die berufsfachschulische Ausbildung bleibt mit mittlerem Schulabschluss zugänglich. Steigende Anforderungen dürfen diesen Weg nicht de facto verschließen.

• Spezialisierte Schulen sichern: Bildungseinrichtungen, die Menschen mit Handicap, insbesondere sinneseingeschränkte Menschen, ausbilden, brauchen bundesweit einheitliche Anerkennungs- und Finanzierungsregeln.

• Barrierefrei ausbilden und prüfen: Die Ausbildungs- und Studienverordnungen müssen konkrete Nachteilsausgleiche festlegen, etwa barrierefreie Lehr- und Prüfungsunterlagen, angepasste Bearbeitungszeiten und Assistenz.

• Digitale Verfahren barrierefrei gestalten: Dokumentation, Abrechnung und digitale Nachweise müssen für Menschen mit Handicap, insbesondere blinde und sehbehinderte Berufsangehörige nutzbar sein.

• Weiterqualifikation öffnen: Der Weg zur Heilkundebefugnis nach dem von uns benannten Abschnitt 3 und das Studium müssen barrierefrei zugänglich sein.

Die Evaluation nach Abschnitt 10 soll die Zahl von Menschen mit Handicap, insbesondere blinder und sehbehinderter Auszubildender und Berufsangehöriger gesondert ausweisen.

Es wird eine gesonderte Regelung für die Qualifizierung von Menschen mit Behinderungen in das Gesetz eingepflegt.

Diese sieht vor, dass Ausbildungen von Menschen mit Handicap, welche über die Sozialversicherungsträger im Rahmen einer beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX oder im Rahmen einer Beruflichen Ersteingliederung getragen werden

a) ausschließlich von zu diesem Zweck gesetzlich vorgesehenen Einrichtungen (BFW, BBW) erbracht werden dürfen
b) die vollumfängliche Verantwortung (u.a. vertraglich, organisatorisch, pädagogisch) für die Ausbildung (schulischer, wie praktischer Anteil) bei diesen Einrichtungen liegt und nicht bei der Praktikumsstelle

3 Weitere Hinweise

3.1 Medizinische Massagetherapie und Übergänge sichern

Zu Artikel 2 MedMThG sowie Artikel 1 §§ 10 und 103 PhyThG

Wir unterstützen auch die Reform der Ausbildung der Masseure und medizinischen Bademeister hin zum medizinischen Massagetherapeuten. Die eigenständige fachliche Bedeutung des Berufs muss erhalten bleiben. Die neue Berufsbezeichnung darf die Abrechnung bisher rechtmäßig erbrachter Leistungen nicht gefährden; neben der Fortgeltung der Erlaubnisse ist die leistungsrechtliche Überleitung zu regeln. Die verkürzten Übergänge in die Physiotherapie sind sinnvoll, wenn berufsbegleitende Angebote zur Verfügung stehen. Die Abschnitte 1 bis 4 gelten entsprechend.

Wir als VDB fordern, dass der Anteil digitaler Unterrichtsformen maximal ein Drittel der gesamten Unterrichtszeit beträgt. Mindestens zwei Drittel des Unterrichts müssen weiterhin in Präsenz stattfinden.

3.2 Studium, Schulen und europäische Anerkennung

Zu Artikel 1 §§ 13, 29, 36, 39 bis 43, 104 bis 108 PhyThG und Artikel 5

Studium: Die dreijährige Fachschulausbildung wird vergütet, das mindestens siebensemestrige duale Studium nicht; die Begründung schließt eine Refinanzierung freiwilliger Studienvergütungen aus. Das schafft einen Anreiz gegen den höher qualifizierenden Weg. Wir fordern eine Studienvergütung mit gesicherter Refinanzierung nach dem Vorbild von § 38b Pflegeberufegesetz und § 34 Hebammengesetz. Bund und Länder sollten zudem darlegen, welche beruflichen Aufgaben Hochschulabsolventen künftig übernehmen und wie sie vergütet werden.

Schulen: Schulgeldfreiheit setzt eine gesicherte Schulfinanzierung voraus. Mehrere Länderprogramme sind befristet oder enden, sobald der Bund die Schulgeldfreiheit regelt. Bund und Länder müssen Förderlücken für laufende Jahrgänge und Schulen in freier Trägerschaft ohne Krankenhauspartner (§ 108) ausschließen. Für die neuen Anforderungen an Schulleitungen und Lehrkräfte (§ 13) braucht es finanzierte Qualifizierungsangebote und eine abgestimmte Liste gleichwertiger Abschlüsse.

Europäische Anerkennung: Die Europäische Kommission hat am 15. September 2026 den delegierten Rechtsakt C(2026) 6196 final zum gemeinsamen Ausbildungsrahmen nach Artikel 49a der Richtlinie 2005/36/EG angenommen. Er verlangt mindestens 240 ECTS, 1.000 Stunden beaufsichtigte klinische Ausbildung und ein Autonomieprofil. Der im Entwurf mögliche Studienweg mit sieben Semestern und 210 ECTS erfüllt die ECTS-Schwelle nicht; die Anerkennung im allgemeinen System bleibt möglich. Wir fordern einen ausdrücklich ausgewiesenen 240-ECTS-Studienweg, eine Informationspflicht für andere Formate und den Verzicht auf eine Ausnahme nach Artikel 49a Absatz 5. Der Ausbildungsrahmen ist ein zusätzlicher Anerkennungsweg und kein Maßstab für die berufsfachschulische Ausbildung.

3.3 Evaluation, Wirkungen frühzeitig überprüfen

Nach der Begründung soll die Reform erst sechs Jahre nach Inkrafttreten evaluiert werden, vor allem anhand von Studiengängen und Absolventenzahlen. Das ist zu spät und zu eng. Wir fordern eine gesetzliche Evaluationsklausel mit einem ersten Bericht drei Jahre nach Ausbildungsbeginn und vorab erhobenen Ausgangsdaten.

Zu untersuchen sind Ausbildungs- und Studienplätze, Abbrüche, Berufsverbleib, die Zahl der ausgebildeten Schüler mit Behinderung, die Beteiligung kleiner Praxen, die tatsächlichen Kosten je Ausbildungsplatz und der Zugang zur Nachqualifikation. Für die Versorgung zählen Wartezeiten und die verfügbare Behandlungszeit in Vollzeitäquivalenten, ausgewertet nach Region, Ausbildungsweg und Praxisgröße. Zeigt die Evaluation Fehlentwicklungen, muss der Gesetzgeber nachsteuern. Mehr Abschlüsse allein belegen keine bessere Versorgung.

4 Abschließende Bewertung

Die Reform bietet die Chance, Ausbildung und Beruf weiterzuentwickeln; ihr Erfolg entscheidet sich im Praxisalltag. Ohne kostendeckende und rechtzeitige Refinanzierung werden die Praxen die vorgesehenen Ausbildungsplätze nicht bereitstellen können. Im Gesetzgebungsverfahren müssen deshalb vor allem drei Punkte geklärt werden: Die vollständige Finanzierung der ambulanten Ausbildung ohne pauschalen Produktivitätsabzug, ein Weg zur Heilkundebefugnis für Berufstätige und der Verzicht auf doppelte Qualifikationsnachweise.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge und Forderungen aufzugreifen und den VDB an der Erarbeitung der Verordnungen und der leistungsrechtlichen Anpassungen zu beteiligen. Die Erfahrungen aus den ambulanten Praxen bringen wir gern ein.

Mit freundlichen Grüßen



André Laufer

Bundesvorsitzender
des VDB-Physiotherapieverband e.V.

Grundlagen: Referentenentwurf des BMG eines Gesetzes zur Reform der Berufe in der Physiotherapie und zur Änderung weiterer Vorschriften vom 26. Oktober 2026, insbesondere Vorblatt D und F, Artikel 1, 2, 5, 6 und 8 sowie Begründung Teil VII. Die genannten Paragrafen des Physiotherapeutengesetzes (PhyThG) und des Gesetzes über die Medizinische Massagetherapie (MedMThG) beziehen sich auf den Referentenentwurf. Ferner: Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG), §§ 9 und 18a; SGB V §§ 15, 32, 71, 73, 92, 124, 125 und 125a; § 30 SGB VII; §§ 42 und 46 SGB IX; Pflegeberufegesetz §§ 27 und 38b; Hebammengesetz § 34; Richtlinie 2005/36/EG, Artikel 49a; delegierter Rechtsakt C(2026) 6196 final der Europäischen Kommission vom 15. September 2026; GMK-Umlaufbeschluss 11/2025; Bundesagentur für Arbeit (2026); Statistisches Bundesamt, 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026), Physio.de, Papier: Geplante Reform der Physiotherapieausbildung Ergänzende Positionierung der Verbände (VDP, DBSV, VDB)