Positionspapier SHV zur Primärversorgung

A. Summary

In einem modernen Primärversorgungssystem übernehmen Heilmittelerbringer eine eigenständige und patientennahe Rolle. Ihre diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen ermöglichen eine frühzeitige, qualitätsgesicherte Versorgung, beschleunigen Prozesse und nutzen Ressourcen effizienter. Die Tätigkeit entwickelt sich weg von der reinen Verordnungsbindung hin zur ressourcenorientierten Einbindung in interprofessionelle Teams.

Heilmittelerbringer können nach der (digitalen) Ersteinschätzung den Erstkontakt übernehmen: Sie führen eine strukturierte Einschätzung durch, leisten primäre Versorgung, informieren das Primärversorgungsteam und leiten bei Bedarf gezielt weiter – etwa an andere Mitglieder des Primärversorgungsteams. Dies ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang mit einer früheren Behandlung (Screening, Diagnostik, Beratung und Therapie), entlastet die ärztliche Versorgung und stärkt Prävention, Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation und Palliation sowie Lotsenfunktionen. Voraussetzung ist eine verbindliche Rollenbeschreibung und die systematische Einbindung der jeweiligen Fachkompetenzen.

Damit dieser Zugangsweg sicher funktioniert, braucht es klar definierte Weiterleitungskriterien, dokumentierte Qualitätssicherungsprozesse, verlässliche Kommunikationswege zwischen den beteiligten Berufsgruppen sowie transparente Berichts- und Rückkopplungsstrukturen.

Ein patientenzentrierter Erstkontakt erfordert eine verlässliche Prüfung, ob Symptome oder Störungen eine ärztliche Abklärung notwendig machen. Heilmittelerbringer verfügen bereits heute über grundlegende diagnostische Kompetenzen, die sie fortlaufend erweitern. Um die diagnostischen Fähigkeiten der Heilmittelerbringer verbindlich zu entwickeln, müssen entsprechende Inhalte in den zu novellierenden Berufsgesetzen sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen verankert werden. Nationale und internationale Erfahrungen belegen die Sicherheit und Effizienz dieses Vorgehens.

Digitale Ersteinschätzungen können den Erstkontakt strukturieren, ersetzen jedoch keine klinische Diagnostik. Grundlage einer leistungsfähigen Primärversorgung ist die interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe – mit klaren Rückmeldewegen und Übergabeprozessen innerhalb einer gleichberechtigten digitalen Infrastruktur für Dokumentation und Kommunikation.

Eine vollständige Integration der Heilmittelerbringer in die digitale Versorgung bietet Potenzial für Bürokratieabbau, mehr Therapiezeit und bessere Versorgungsqualität. Gelingt dies, entstehen Chancen für eine frühere und damit effizientere therapeutische Versorgung, geringere Chronifizierungsraten und eine spürbare Entlastung der ärztlichen Versorgung. Notwendig sind dafür klare gesetzliche Grundlagen, definierte Zuständigkeiten und eine schrittweise, evaluierte Umsetzung.

A. Schwerpunkte

1. Rolle der Heilmittelerbringer im Primärversorgungssystem

Heilmittelerbringer übernehmen in einem modernen und zukunftsgerichteten Primärversorgungssystem eine eigenständige, patientennahe und klar definierte Funktion. Durch

ihre diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen tragen sie maßgeblich zur Sicherstellung, Beschleunigung und qualitativen Aufwertung der Versorgung bei.

Die Rolle der Heilmittelerbringer entwickelt sich weg von einer rein verordnungsgebundenen Ausrichtung hin zu einer ressourcenorientierten Einbindung in multiprofessionelle Primärversorgungsteams. Heilmittelerbringer arbeiten mit den Primärversorgungsteams zusammen, und versorgen Patienten entlang klar definierter Pfade – direkt und/oder im Austausch mit dem Primärversorgungsteam. Daher sind verbindliche Rollenbeschreibungen, definierte Verantwortungsbereiche und eine systematische Einbindung entsprechend der jeweiligen Fachkompetenz in Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Podologie zu definieren.

Heilmittelerbringer sollten insbesondere bei eindeutig zuzuordnenden Symptomlagen diagnostische Ersteinschätzung, primäre Versorgung und gezielte Weiterleitung übernehmen. Durch diesen niedrigschwelligen Zugang können Patienten frühzeitig versorgt, Versorgungsprozesse beschleunigt und unnötige Arztkontakte reduziert werden. Dies stärkt die Steuerung in der Primärversorgung, entlastet die ärztlichen Bereiche und ermöglicht eine effizientere Nutzung personeller und fachlicher Ressourcen. Dazu müssen Verantwortungen auf die Therapeuten übertragen werden. So sollten diese in dem sich anschließenden Behandlungsverlauf auch darüber entscheiden können ggf. andere Berufsgruppen hinzuzuziehen. Außerdem sollten sie im Rahmen der individuellen Unterstützungsmöglichkeiten z. B. sorgfältig bestimmte Hilfsmittel verordnen dürfen.

Neben der kurativen Versorgung bringen Heilmittelerbringer ihre Expertise in Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Palliation und patientennahe Lotsenfunktionen ein. Damit unterstützen sie eine moderne, interprofessionelle Primärversorgung, die nicht ausschließlich ärztlich gedacht ist, sondern die gesamten Potenziale relevanter Gesundheitsberufe nutzt.

2. Rahmenbedingungen für eine verbesserte Versorgung

Für eine verbesserte Versorgung bedarf es klar definierter und verbindlicher Rahmenbedingungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Zentral ist die geregelte Einbindung der fachlichen Kompetenzen in die Versorgungsprozesse. Dazu gehören angemessene und inhaltlich sinnvolle Berichte, die strukturiert und zeitnah zur Verfügung stehen. Ebenso erforderlich ist eine konsequente Nutzung der Digitalisierung zur Gewährleistung eines sicheren und schnellen Informationsaustauschs, beispielsweise über KIM. Informationsverluste können dadurch vermieden werden. Darüber hinaus braucht es vertragliche Regelungen zur verbindlichen Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Hierzu zählt eine angemessene Vergütung interprofessioneller Leistungen, etwa für Konsile, strukturierte Berichte oder gemeinsame Hausbesuche. Ebenso wichtig ist die Möglichkeit, Operationsberichte, Röntgenbilder oder andere Befunde zeitnah einzusehen, sollten diese nicht digital verfügbar sein.

3. Direktzugang im Primärversorgungssystem

Der Direktzugang ist ein zentraler Baustein eines modernen Primärversorgungssystems und sollte als regulärer Zugangsweg zur Versorgung mit Heilmitteln verankert werden. Er ermöglicht einen frühzeitigen Zugang zu physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen/sprachtherapeutischen und podologischen Leistungen und trägt damit zu einer effizienteren Steuerung und Entlastung der ärztlichen Bereiche bei. Heilmittelerbringer besitzen in ihrem Fachgebiet sowohl die diagnostische und therapeutische Kompetenz als auch die Fähigkeit, Patienten bei Bedarf in die ärztliche oder weitere Versorgung zu überführen.

Die Patientensicherheit wird durch standardisierte (Screening-)Verfahren, definierte Weiterleitungskriterien und verbindliche Dokumentations- und Qualitätssicherungsprozesse gewährleistet. Internationale Erfahrungen mit strukturierten Warnhinweis- und

Weiterleitungssystemen („Flaggenmodelle“) belegen dies. Liegen Anzeichen für die Notwendigkeit einer ärztlichen Abklärung vor, erfolgt eine unmittelbare Überführung in die ärztliche Versorgung.

Der Direktzugang ist in die interprofessionellen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen der Primärversorgung einzubetten. Dazu gehören klare Informationswege im oder zum Primärteam, Berichtspflichten mit definierten Inhalten sowie regelmäßige Rückkopplungen über den Behandlungsverlauf.

Sollte trotz angemessener therapeutischer Maßnahmen kein ausreichender Behandlungserfolg erkennbar sein, erfolgt eine Weiterleitung an die zuständige Stelle.

Internationale Evidenz belegt, dass der Direktzugang zu einer sicheren, qualitativ hochwertigen und zugleich kosteneffizienten Versorgung führt. Er ist als Option und nicht als Zwang für Patienten zu verstehen und stärkt die Fähigkeit des Versorgungssystems, Ressourcen zielgerichtet zu nutzen und Versorgungsprozesse zu beschleunigen.

a. Gesundheitsversorgung im Direktzugang

Der Erstkontakt im Direktzugang eignet sich für all jene Gesundheitsprobleme, die klar innerhalb des jeweiligen therapeutischen Handlungsfeldes liegen und funktionelle Einschränkungen in Bewegung, Sprache, Alltagsverrichtungen oder fußspezifischen Strukturen im Sinne der Kontextfaktoren der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* verursachen. Die genaue Zuordnung erfolgt berufsgruppenspezifisch und orientiert an den bestehenden Kompetenzen und Versorgungsschwerpunkten der Heilmittelerbringer.

- **Physiotherapie**

Für die Physiotherapie eigenen sich insbesondere muskuloskelettale Beschwerden mit kurzfristigem Behandlungsbedarf, wie Rückenschmerzen, Gelenkbeschwerden, funktionelle Bewegungseinschränkungen oder Überlastungssyndrome. Solche Beschwerden, aber auch Probleme anderer Art, gehören zu den häufigsten Gründen, aus denen sich Patienten einen direkten Zugang zur physiotherapeutischen Expertise wünschen.

- **Ergotherapie**

Die Ergotherapie kann im Erstkontakt tätig werden, wenn Handlungsfähigkeit oder Entwicklung (z. B. bei Kindern) im Alltag eingeschränkt sind und eine ergotherapeutische Intervention angezeigt ist. Dazu zählen u. a. Entwicklungsverzögerungen, neurokognitive Störungen oder funktionelle, mentale und prozesshafte Einschränkungen in der Teilhabe.

- **Logopädie/Sprachtherapie**

In der Logopädie/Sprachtherapie besteht seit mehr als 20 Jahren die Kompetenz zur eigenständigen Diagnostik über alle Indikationsgruppen hinweg. Daher eignet sich der Direktzugang für sämtliche logopädischen Diagnosegruppen – von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen bis zu Schluckstörungen. Bei Bedarf kann der Prozess durch eine ärztliche Einschätzung im Sinne einer Vieraugen-Diagnostik ergänzt werden.

- **Podologie**

In der Podologie eignen sich alle Beschwerden, die nicht-akutmedizinische fußspezifische Problemlagen betreffen, etwa Unguis incarnatus, Haut- und Gewebeveränderungen (Clavi,

Verrucae, Ulcera), sowie muskuloskelettale oder neurologische Auffälligkeiten im Fußbereich. Die podologische Ersteinschätzung ermöglicht eine gezielte Entscheidung zwischen Direktversorgung und Weiterleitung.

Übergreifende Voraussetzung: keine Red Flags

In allen Berufsgruppen ist der Erstkontakt angezeigt, wenn keine Warnhinweise auf akute oder schwerwiegende Erkrankungen bestehen. Zu den Red Flags gehören u. a. Fieber, Infektionszeichen, neu auftretende Lähmungen, Traumata oder sonstige Hinweise auf einen dringlichen ärztlichen Abklärungsbedarf. In solchen Fällen erfolgt eine unmittelbare Weiterleitung an die ärztliche Versorgung.

b. Erstkontakt im Direktzugang und Neufassung der Berufsgesetze

Ein Erstkontakt im Direktzugang erfordert eine verlässliche Prüfung durch den Therapeuten, ob Symptome oder Störungen einer ärztlichen Abklärung bedürfen. Heilmittelerbringer verfügen bereits heute über grundlegende diagnostische Kompetenzen, die sie fortlaufend erweitern. Um die diagnostischen Fähigkeiten der Heilmittelerbringer verbindlich zu entwickeln, müssen entsprechende Inhalte in den zu novellierenden Berufsgesetzen sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen verankert werden.

Die Anforderungen variieren berufsspezifisch und orientieren sich an den jeweiligen therapeutischen Handlungsfeldern. Ziel ist eine ressourcenorientierte, fachlich fundierte und eigenständige Erstdiagnostik, die es ermöglicht, Patienten entweder direkt therapeutisch zu versorgen oder – bei Anzeichen für weitergehenden medizinischen Abklärungsbedarf – in die ärztliche Versorgung weiterzuleiten.

4. (Digitale) Ersteinschätzung

Die (digitale) Ersteinschätzung kann aus Sicht des SHV ein sinnvolles Instrument in der Primärversorgung sein. Sie kann dazu beitragen, Patienten frühzeitig, störungsspezifisch und zielgerichtet in die geeignete Versorgung zu lenken und damit die Primärversorgung insgesamt effizienter zu gestalten. Eine (digitale) Ersteinschätzung durch die Experten ersetzt dabei weder eine weiterführende therapeutische oder ärztliche Diagnostik, sondern ermöglicht eine zeitnahe nachfolgende klinische Einschätzung.

Zur Gewährleistung der Patientensicherheit ist die Einbindung eines strukturierten Screenings zentral. Es ermöglicht die frühzeitige Erkennung von Kontraindikationen, eine sachgerechte Dringlichkeitseinschätzung und je nach Gesundheitsproblem eine verlässliche Weiterleitung in die ärztliche Versorgung oder zu geeigneten Heilmittelerbringern.

Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Umsetzung der (digitalen) Ersteinschätzung ist, dass die Entwicklung und fachliche Ausgestaltung unter Einbezug des SHV erfolgt. Nur so lässt sich sicherstellen, dass indikationsspezifische Anforderungen korrekt abgebildet und praxisgerecht umgesetzt werden.

Die (digitale) Ersteinschätzung kann zur Vorstrukturierung von Versorgungspfaden, zur frühzeitigen Zuordnung zur fachlich verantwortlichen/kompetenten Berufsgruppe und zur Entlastung ärztlicher Ressourcen beitragen. Damit kann die Versorgung schneller eingeleitet und zielgerichtet gesteuert werden.

5. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Eine leistungsfähige Primärversorgung erfordert eine konsequente interprofessionelle Zusammenarbeit, in der die spezifische Expertise aller Gesundheitsberufe in abgestimmten Entscheidungsprozessen ausgeschöpft/genutzt wird. Die Kooperation erfolgt nicht hierarchisch, sondern auf Augenhöhe, und orientiert sich an gemeinsam definierten Versorgungszielen und der fachlichen Expertise.

Damit interprofessionelle Versorgung verlässlich funktioniert, braucht es verbindliche strukturelle Rahmenbedingungen: klare Kommunikations- und Rückmeldewege, definierte Übergabe- und Eskalationsprozesse sowie feste Erreichbarkeiten. Erfahrungen mit interprofessioneller Zusammenarbeit zeigen, dass Kooperation nur dann nachhaltig gelingt, wenn diese Strukturen organisatorisch verankert und nicht dem Zufall überlassen werden.

Therapeutische Expertise muss systematisch in die Behandlungs- und Steuerungsentscheidungen einfließen. Beobachtete Veränderungen, dokumentierte Therapiefortschritte und Hinweise auf Komplikationen sind ein zentraler Bestandteil des Versorgungsverlaufs und müssen verbindlich in die weiteren Behandlungsschritte integriert werden. Dies setzt Mitwirkungs- und Rückmelderechte für Heilmittelerbringer voraus – etwa in Form von interprofessionellen Fallkonferenzen, digitalen Konsilen oder standardisierten Kurzfeedback-Verfahren. Ergänzend zu synchronen Kommunikationslösungen, braucht es im Falle asynchroner interprofessioneller Abstimmungen, funktionierende und niedrigschwellige digitale Lösungen.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit basiert auf gemeinsamen Versorgungspfaden, abgestimmten Therapie- und Partizipationszielen sowie einer Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell bzw. der funktionalen Gesundheit, das der ICF zugrunde liegt. Sie wird durch eine moderne digitale Infrastruktur ermöglicht, die einen schnellen und sicheren Informationsaustausch erlaubt, einschließlich eines gleichberechtigten Zugriffs auf die digitale Patientenakte.

Ziel ist ein „Team Gesundheit“, in dem Aufgaben dort wahrgenommen werden, wo die höchste Expertise liegt – zum Nutzen des Patienten und zur Stärkung eines effizienten, qualitätsgesicherten Primärversorgungssystems.

6. Digitalisierung & Dokumentation

Eine leistungsfähige Primärversorgung setzt voraus, dass Heilmittelerbringer vollständig in die digitale Versorgungsinfrastruktur integriert sind. Dazu gehört eine praxistaugliche Anbindung an die Telematikinfrastruktur. So werden Befunde, Therapieziele, Beobachtungen und Veränderungen im Versorgungsverlauf unmittelbar in die Versorgung eingebracht und interprofessionell genutzt.

Die Heilmittelverbände stehen der Digitalisierung ausdrücklich offen gegenüber, erwarten jedoch, dass digitale Anwendungen alltagstauglich, vernetzend und spürbar entlastend sind. Digitalisierung muss die Versorgung vereinfachen, nicht verkomplizieren. Eine funktionierende TI bietet die Chance, Bürokratie deutlich abzubauen und damit die für die Behandlung verfügbare Therapeutenzeit zu erhöhen und den Fachkräftemangel abzumildern.

Mit der Einführung der eVO verbinden die Heilmittelerbringer die klare Erwartung eines echten Mehrwerts – sowohl für Patienten als auch für die Leistungserbringenden. Digitale Dokumentations- und Kommunikationsprozesse müssen die interprofessionelle Zusammenarbeit unterstützen, strukturiert abbilden und einen schnellen, sicheren Informationsaustausch ermöglichen.

Digitale Systeme sind damit ein wesentlicher Baustein eines modernen Primärversorgungssystems, in dem Heilmittelerbringer aktiv eingebunden sind und ihre Expertise effizient und wirksam einbringen.

7. Chancen & Risiken eines Primärversorgungssystems

Ein modernes Primärversorgungssystem bietet erhebliche Chancen für eine frühere, zielgerichtete und wirksamere Versorgung. Durch die direkte Einbindung therapeutischer Gesundheitsberufe können Versorgungsprozesse beschleunigt, Chronifizierungen vermieden, unnötige medizinische Maßnahmen und damit Kosten reduziert werden. Heilmittelerbringer verfügen über präventive, kurative, rehabilitative und palliative Kompetenzen und haben in vielen Fällen den engsten und kontinuierlichsten Kontakt zu Patienten. Dies versetzt sie in die Lage, die Gesundheitskompetenz der Versorgten zu stärken, die Ergebnisqualität von Behandlungen zu verbessern und zusätzlich eine Lotsen- und Steuerungsfunktion auszuüben.
In einer Primärversorgung gelingt dann eine sichere, klinisch wirksame und zugleich kosteneffiziente Patientenversorgung, wenn Heilmittelerbringer frühzeitig und unmittelbar in den Versorgungspfad eingebunden werden.

Risiken bestehen dann, wenn die Einführung ohne klare Struktur erfolgt. Unklare Kompetenzabgrenzungen, uneinheitliche Qualifikationsstandards, fehlende digitale Infrastruktur und mangelnde Akzeptanz einzelner Akteure können die Wirksamkeit des Systems beeinträchtigen. Wird die therapeutische Perspektive nicht konsequent einbezogen, bleiben vorhandene Ressourcen ungenutzt und der bestehende Fachkräftemangel verschärft sich weiter. Patientenrisiken entstehen insbesondere dann, wenn Steuerungswege unübersichtlich sind oder wenn der Zugang zu therapeutischer Versorgung zusätzliche Hürden erzeugt, z. B. vorhandene Kompetenzen der Gesundheitsberufe nicht genutzt werden.

Diese Risiken sind jedoch gestaltbar: klare gesetzliche Regelungen, verbindliche Qualifikationsanforderungen, definierte Kompetenzen und Zuständigkeitsprofile, der Ausbau digitaler Schnittstellen sowie eine Einführung mit evaluierter Begleitung schaffen Akzeptanz, Sicherheit und eine verlässliche Versorgungsqualität.

Damit wird der Transformationsprozess nicht nur zu einer strukturellen Reform, sondern zu einer echten Chance, das Versorgungssystem effizienter, patientennäher und zukunftsfähiger zu gestalten – mit einer aktiven Rolle der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Podologie im Zentrum.

Anhang:

C. Auswahl optimierter Fallkonstellationen im Heilmittelbereich in einer zukünftigen Primärversorgung