

Neue Versorgung prägt nachhaltig

Bilanz zur Blankoverordnung Vor zwei Jahren hat die Blankoverordnung in der ergotherapeutischen Versorgung Einzug erhalten. Wir haben nachgefragt: Wie bewerten die Berufsverbände die Entwicklung seitdem? Wie sehen die Kostenträgenden die neue Verantwortung der Therapeut*innen? Und wie funktioniert die Blankoverordnung im Praxisalltag?

Irini Tsangaveli, Deutscher Verband Ergotherapie e. V. (DVE), Vorstandsmitglied für Versorgung und Kostenträger

Wie bewertet der DVE die Blankoverordnung (BV) nach zwei Jahren?

Kurz gesagt: sehr gut. Die Blankoverordnung stellt einen echten Meilenstein dar. Sie gibt uns Therapeut*innen Entscheidungsspielräume, die zuvor Ärzt*innen vorbehalten waren. Unsere Berufsgruppe verfügt über genau die Kompetenzen, die dafür nötig sind. Die Blankoverordnung zeigt das seit zwei Jahren eindrucksvoll.

Ärzt*innen stellen weiterhin die Indikation für das Heilmittel. Wie die Therapie konkret aussieht und wie der therapeutische Prozess sinnvoll gestaltet wird, liegt jedoch bei den Ergotherapeut*innen. Die Blankoverordnung macht diese Zuständigkeit klar sichtbar.

Welches Feedback bekommt ihr von Praxen?

Nach anfänglicher Verunsicherung fallen die Rückmeldungen heute durchweg positiv aus. Zu Beginn gab es verständlicherweise Unsicherheiten und viele Fragen – sowohl bei Therapeut*innen als auch bei verordnenden Ärzt*innen. Diese Phase hat sich komplett gelegt. Vereinzelt erreichen uns noch Rückfragen, etwa zur Zuordnung bestimmter ICD-10-Diagnosen zu SB1 oder SB2, aber auch diese sind inzwischen selten. Unsere Mitglieder berichten, dass mithilfe der Blankoverordnung vor allem

Klient*innen in den Diagnosegruppen PS3 und PS4 nun endlich bedarfsgerecht versorgt werden. Viele von ihnen waren zuvor unterversorgt oder erhielten gar keine Therapie. Bei SB1-Diagnosen melden die Therapeut*innen wiederum zurück, dass sie den therapeutischen Prozess deutlich effizienter gestalten können, was zu spürbar kürzeren Behandlungszeiten führt.



Wie bewertet der DVE die Zuzahlungssystematik?

Die Zuzahlung wirft grundsätzlich Fragen auf, etwa ob sie überhaupt sinnvoll ist und warum Praxen sie einziehen müssen. Das ist jedoch ein Thema, das an anderer Stelle diskutiert werden muss. Ja, die Systematik ist bei der Blankoverordnung komplexer. Zu Beginn der Therapie und auch zwischendurch braucht es eine sehr genaue und transparente Aufklärung der Klient*innen. Das bedeutet zusätzlichen Zeitaufwand. Anfangs gabe es dazu Rückfragen von Praxisinhaber*innen, zum Beispiel auf der Herbsttagung der Selbstständigen im November 2024. Dort fand ein reger Austausch mit den Praxisinhabenden darüber statt, wie die Umsetzung gelingt. Dazu erhalten wir derzeit keine Rückfragen mehr.



Irini Tsangaveli ist Vorstandsmitglied für Versorgung und Kostenträger im Deutschen Verband Ergotherapie e. V. (DVE).

Beeinflusst die BV die Attraktivität des Berufs?

Aus meiner Sicht steigert die Blankoverordnung die Attraktivität unseres Berufs deutlich. Endlich können wir klientenzentriert und wirksamer arbeiten, weil wir den therapeutischen Prozess bedarfsorientiert gestalten können. Erste Rückmeldungen und Statistiken zeigen, dass mehr als 90% der Therapeut*innen sehr gewissenhaft mit der erweiterten Versorgungsverantwortung umgehen. Das Ziel ist ein klientenzentrierter, bedarfsorientierter und möglichst effizienter Prozess. Und natürlich wissen wir alle: Freie Therapieplätze sind knapp, der Bedarf ist hoch. Je schneller Menschen ihre Therapieziele erreichen und je stärker ihre Selbstwirksamkeit durch die neuen Gestaltungsmöglichkeiten wächst, desto besser gelingt es, knappe Ressourcen sinnvoll einzusetzen. Für Therapeut*innen bedeutet das letztlich auch ein erfüllenderes Arbeiten.



Seit April 2024 stellen Ärzt*innen Verordnungen aus, ohne die genaue Anzahl der Behandlungen oder die Frequenz festzulegen – sie geben nur die Diagnose an. Ergotherapeut*innen entscheiden gemeinsam mit den Klient*innen über Dauer, Häufigkeit und Inhalte der Therapie. Ziele der Blankoverordnung (BV) sind mehr Flexibilität und eine passgenaue Versorgung.

Die neue Freiheit bringt auch Verantwortung mit sich. Praxen tragen das wirtschaftliche Risiko und können erst nach Abschluss der gesamten Verordnung abrechnen. Außerdem bleibt die Zuzahlung kompliziert, da Klient*innen und Therapeut*innen zu Therapiestart nicht wissen, wie viele Behandlungen tatsächlich geleistet werden.

Interview mit Hanna Ermann vom AOK-Bundesverband

Wie viele Blankoverordnungen (BV) wurden bisher ausgestellt? Gibt es Unterschiede in den Regionen oder Diagnosegruppen?

Die Blankoverordnung nach § 125a SGB V ermöglicht es Therapeut*innen, Leistung, Umfang und Frequenz flexibler am individuellen Heilungsverlauf ausrichten. Ziel ist eine effizientere Versorgung. Zudem sollen unnötige Arztkontakte entfallen.

Die AOK-Gemeinschaft beobachtet seit der Einführung der BV in der Ergotherapie eine deutliche Kostensteigerung. 2024 lagen die Kosten einer ergotherapeutischen Verordnung nach § 125, laut wissenschaftlichem Institut der AOK (WiDO), im Durchschnitt bei 718 Euro. Eine Blankoverordnung nach § 125a SGB V

verursachte 2024 im Schnitt rund 1163 Euro. Rund 8 % davon entfallen auf die zusätzliche abrechenbare versorgungsbezogene Pauschale.

Trotz der erweiterten Möglichkeiten ähneln Behandlungsverläufe weiterhin denen aus der Versorgung nach § 125 SGB V. Gleichzeitig zeigen die Abrechnungsdaten der regionalen AOKs deutliche Unterschiede zwischen Regionen und Diagnosegruppen – ähnlich wie in den jährlich veröffentlichten Heilmittelberichten der WiDO. Die Gründe für diese Unterschiede sind vielfältig und werden derzeit für die Blankoverordnung genauer untersucht.

Gibt es bereits Daten oder Erfahrungen zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung?

Wir stellen fest, dass die Blankoversorgung spürbare Mehrkosten verursacht. Neben der neuen versorgungsbezogenen Pauschale spielen auch Mengeneffekte eine Rolle: Die Behandlungen pro 1000 Versicherte stiegen von 409 im Jahr 2023 auf 430 im Jahr 2024.

Das Instrument der sogenannten „Ampel“ zur Mengensteuerung wird häufig als Orientierungsgröße missverstanden. Viele Praxen schöpfen die gelbe Phase vollständig aus und beenden die Behandlung noch vor der roten Phase – in der eine 9 % niedrigere Vergütung gilt. Dadurch wirkt die „Ampel“ eher mengensteigernd statt regulierend.

Zudem häufen sich Fälle sehr umfangreicher Behandlungsserien. Der Anteil an Verordnungen mit Gesamtsummen über 3000 Euro stieg im Jahr 2025 von 3,8% (2. Quartal) auf 5% (4. Quartal). Dabei lagen die Höchstumsätze für eine ergotherapeutische Blankoverordnung in den Diagnosegruppen PS3 und PS4 bei knapp 14000 Euro und für SB1 bei knapp 11000 Euro. Erste Begutachtungen der Medizinischen Dienste ergeben häufig keine medizinisch nachvollziehbaren Begründungen dafür – etwa wegen eingeschränkter Therapiefähigkeit oder deutlich zu hoher Mengenausweitung. Das weckt zumindest den Verdacht einer systematischen Fehlanwendung.

Trotz der Mehrkosten können wir bislang keine belastbaren Hinweise auf eine verbesserte Versorgungsqualität erkennen. Daten zu Langzeiteffekten oder sektorenübergreifenden Auswirkungen wie Vermeidung von Operationen oder Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, fehlen derzeit noch.

Wie funktioniert die Abrechnung aus Sicht der Krankenkassen?

Durch die neuen Pauschalen hat sich die Abrechnungsstruktur verändert. Grundsätzlich funktioniert die Systematik, doch die vorgesehenen Steuerungsmechanismen wirken bislang nur eingeschränkt (siehe zweite Frage). Besonders bei der Mengensteuerung und bei verbindlichen Qualitätskriterien, wie zur Therapieplanung und -steuerung, sieht die AOK dringenden Handlungsbedarf.

Ohne klare Qualitätsvorgaben steigt das Risiko, dass die Blankoverordnung zur Mengenausweitung führt. Damit würden die ohnehin schon begrenzten Behandlungsressourcen weiter verknappt.

Wird die Blankoverordnung auf weitere Diagnosegruppen ausgeweitet?

Die AOK sieht in der Blankoverordnung weiterhin ein großes Potenzial. Allerdings fehlen belastbare Erkenntnisse aus der Versorgungspraxis. Bevor über eine Ausweitung entschieden wird,



Hanna Ermann ist Referentin für Heil- und Hilfsmittel beim AOK-Bundesverband.

braucht es eine „Nachregulierung“ bezüglich der Mengensteuerung und Qualitätsvorgaben. Für eine mögliche Ausweitung sind folgende Fragen entscheidend:

- Findet tatsächlich eine patientenindividualisierte Versorgung statt?
- Steigert die größere Therapiefreiheit die Effizienz der Behandlung?
- Welche Regelungen verursachen unnötige Bürokratie?
- Verbessert sich Behandlungs- und Ergebnisqualität?
- Existieren verbindliche und überprüfbare Qualitätsstandards?

Solange diese Fragen nicht geklärt sind, hält die AOK-Gemeinschaft eine Ausweitung für verfrüht.

Was ist das Fazit der AOK nach knapp zwei Jahren Blankoverordnung in der Ergotherapie?

Die AOK-Gemeinschaft zieht ein gemischtes Fazit. Die BV bietet die Chance, therapeutische Kompetenzen optimal zu nutzen und die Versorgung bedarfsgerechter und effizienter zu gestalten. Dieses Potenzial bleibt bislang jedoch weitgehend ungenutzt.

Dem gegenüber stehen deutliche Kostensteigerungen und fehlende Nachweise auf Qualitätsverbesserungen. Aus Sicht der AOK müssen Therapiefreiheit, verbindliche Qualitätsorientierung und wirtschaftliche Verantwortung stärker miteinander verzahnt werden.

Für eine nachhaltige Weiterentwicklung braucht es eine verlässliche Evaluation, verbindliche Qualitätskriterien und wirksame Steuerungsinstrumente. Nur so lässt sich eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig finanzierbare Heilmittelversorgung langfristig im Sinn der Versicherten und der Solidargemeinschaft sichern.



AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Jennifer Timm-Borcherding, Aisha Cook und René Borcherding, Betreiber*innen der TIMMCOOK Praxen

Welche organisatorischen Veränderungen habt ihr seit der Einführung der Blankverordnung?

Wie bei jeder Neuerung in den Rahmenverträgen entstand anfangs ein hoher organisatorischer Aufwand. Wir besuchten Seminare, um den Vertrag mit erweiterter Versorgungsverantwortung genau zu verstehen. Dieses Wissen gaben wir anschließend in internen Schulungen an unsere Mitarbeiterinnen weiter.

Neben der Umstellung der Dokumentation mussten wir uns auch in die neuen Abrechnungsmodalitäten einarbeiten. Zudem überlegten wir, wie wir künftig Termine vergeben und die Zuzahlung handhaben. Unser erster Eindruck der Blankverordnung (BV) war jedoch positiv, und wir waren den Veränderungen gegenüber zuversichtlich.

Wann legt ihr Art, Dauer und Umfang der Behandlung fest?

Jede Therapeutin entscheidet diese Frage im Rahmen der Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs. Zu Beginn orientieren wir uns bei der Behandlungsdauer an den klassischen Zeiten von 30, 45 oder 60 Minuten. Im Verlauf zeigt sich jedoch oft, dass individuell angepasste Zeiten – also längere oder kürzere Einheiten – sinnvoller sind. In solchen Fällen planen wir die Therapie gemeinsam mit den Klient*innen entsprechend um.

Wenn sich eine Therapeutin unsicher ist, kann sie sich jederzeit mit der Leitung oder den Kolleginnen austauschen. Damit sich auch Berufsanfängerinnen in ihren Entscheidungen sicher fühlen, begleiten wir sie intensiv.

Wie organisiert ihr die Terminplanung?

Sobald eine Therapeutin einen freien Termin hat, informiert sie die zuständige Bürokräft. Diese nimmt dann Kontakt zu den Klient*innen auf und weiß durch die Rückmeldung der Therapeutin genau, wie viel Zeit zur Verfügung steht.

Bei der BV wären flexible Zeiten möglich, unser Terminkalender lässt sie jedoch nur selten zu. Bei akutem Bedarf schaffen wir zusätzliche Einheiten, sofern Kapazitäten vorhanden sind.

Ist die Bürokräft unsicher, welches Heilmittel aufgrund der Diagnose infrage kommt, klärt sie das direkt mit der Therapeutin. Das passiert

selten, da es sich nur um die Diagnosegruppen PS3 und PS4 handelt. Hier stehen die Heilmittel „psychisch-funktionelle Behandlung“ und „Hirnleistungstraining“ zur Auswahl. In der Diagnosegruppe SB1 kommt ausschließlich die „motorisch-funktionelle Behandlung“ zum Einsatz.

Den Wechsel in eine Gruppenbehandlung oder die „thermische Anwendung“ plant die Therapeutin gemeinsam mit den Klient*innen.

Wie passt ihr die Behandlungsdauer kurzfristig an und in die Terminkalender ein?

Wir passen die Behandlungsdauer bei Bedarf kurzfristig an, etwa wenn Klient*innen gesundheitlich nicht in der Lage sind, die geplante Zeit auszuhalten. Diese Flexibilität ist wirtschaftlich gut tragbar, da solche Situationen selten sind. Die Therapeutin nutzt die Zeit für organisatorische Aufgaben. Spontane Verlängerungen sind dagegen selten, weil dafür sowohl im Kalender der Klient*innen als auch in dem der Therapeutin passende Freiräume nötig sind.

Wie reagieren Klient*innen auf die Zuzahlung und die neue Verordnungsform?

Zu Beginn erklärten wir die Zuzahlungskosten bei der BV nicht ausführlich genug. Das führte zu Irritationen. Inzwischen informieren wir sehr klar über die Zusammensetzung der Beiträge. Das ist zeitintensiv, da die Abrechnung nach Zeitintervallen schwer nachvollziehbar ist. Das Intervall für Vor- und Nachbereitung sowie Dokumentation (VND) sorgt oft für Rückfragen.

Insgesamt kostet das Thema Zuzahlung bei der BV allen Beteiligten viel Zeit. Wir erleben auch immer wieder, dass sich Klient*innen die Therapie nicht leisten können – unabhängig davon, ob es sich um eine BV handelt.

Nutzen Ärzt*innen die BV ausreichend?

Zu Beginn gab es Schwierigkeiten in den Arztpraxen. Ein Grund war, dass die Software die BV noch nicht unterstützte. Erst Monate nach der Einführung wurde sie bekannter. Wir suchten aktiv den Austausch, führten viele persönliche Gespräche und verteilten Informationsblätter. Diese Probleme bestehen nicht mehr. Ärzt*innen nutzen die BV unterschiedlich. Einige



Jennifer Timm-Borcherding (Mitte), Aisha Cook (rechts) und René Borcherding (links) betreiben gemeinsam die TIMMCOOK Ergotherapie GmbH.

stellen bei passenden Diagnosegruppen ausschließlich BV aus, andere lehnen sie generell ab.

Hat sich durch die Blankverordnung das Risiko als Praxisinhaberinnen spürbar verändert?

Anfangs hatten wir Vorbehalte, weil unklar war, welche Verantwortung tatsächlich auf uns zukommt. Inzwischen können wir sagen, dass diese Sorgen unbegründet waren. Wir gehen verantwortungsbewusst mit der BV um und überschreiten das Maß an Notwendigkeit nicht. Unsere Ampelauswertung liegt nach Ablauf der Gültigkeit nahezu immer im grünen Bereich.

Gab es bisher Abrechnungsprobleme?

Das größte „Problem“ ist bei uns der deutlich höhere Zeitaufwand. Zwar müssen wir Unterbrechungen nicht mehr kennzeichnen, doch das Zusammenrechnen der Zeitintervalle kostet viel Zeit. Hinzu kommt die Vor- und Nachbereitungszeit inklusive Dokumentation (VND). Wird sie vergessen, entfällt die Vergütung. Trotz guter Software müssen wir die Intervalle selbst noch einmal prüfen und zusammenrechnen.

Was wäre eure wichtigste Forderung zur BV?

Wenn wir Einfluss hätten, würden wir alle Diagnosegruppen für die BV freigeben. Besonders in der Pädiatrie würde das viele Abläufe vereinfachen und Praxen wie Familien entlasten.

Zudem würden wir die Dokumentation vereinheitlichen und wieder auf das Niveau der „normalen Verordnung“ zurückführen. Auch die Zuzahlung sollte klar strukturiert sein, mit festen Beträgen statt prozentualer Berechnung.

Grundsätzlich würden wir Bürokratie und Kontrollmechanismen so weit wie möglich reduzieren. Private Verordnungen funktionieren gut. Warum sollte es bei der BV anders sein? Mehr Vertrauen seitens der Krankenkassen ermöglicht weniger Bürokratie und mehr Ergotherapie!



Christine Donner, Vorsitzende Bundesverband für Ergotherapeut*innen in Deutschland e. V. (BED)



Christine Donner ist geschäftsführende Vorsitzende des Bundesverbands für Ergotherapeut*innen in Deutschland e. V. (BED).

Wie bewertet der BED die Entwicklung der Blankoverordnung (BV) nach zwei Jahren?

Aus unserer Sicht verlief der Start, bezogen auf die ausgestellten Verordnungen, eher schleppend. Laut den Daten des GKV-Heilmittel-Informationssystem (HIS) lag der Anteil der Blankoverordnungen von April bis Dezember 2024 bei rund 2,10%. Die HIS-Daten bilden die ungeprüften Abrechnungs- und Versorgungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen ab.

In diesen Daten wird außerdem sichtbar, dass im Ampelsystem in allen Indikationsbereichen größtenteils Grün, selten Gelb und nur vereinzelt eine rote Phase auftritt. Das spricht dafür, dass die Versorgung überwiegend im erwarteten Rahmen erfolgt.

Es zeigt sich außerdem, dass alle drei Ampelphasen in der Ergotherapie ihre Berechtigung haben und die Therapierenden die neuen Versorgungskompetenzen verantwortungsvoll nutzen.

Welche Rückmeldungen bekommt der BED aus den Praxen?

Bereits Ende 2024 beauftragten wir die Stiftung Gesundheit, die Praxen zu ihren Erfahrungen mit der Blankoverordnung zu befragen. Die Ergebnisse zeigten, dass Therapeut*innen die Möglichkeit schätzen, die Behandlung individueller zu gestalten. Klient*innen konnten zudem besser in den Therapieprozess eingebunden und Therapieziele konnten schneller erreicht werden.

Gleichzeitig berichteten die Praxen von deutlichen Schwierigkeiten. Die verordnenden Ärzt*innen waren oft schlecht über die neue Verordnungsform informiert oder lehnten sie sogar grundsätzlich ab.

Die Zuzahlungsregelungen stellten ebenfalls ein Problem dar. Teils so stark, dass Personen aus finanziellen Gründen auf Therapie verzichteten. Diese Herausforderungen bestehen weiterhin. Auch die fehlende Möglichkeit zur Zwischenabrechnung und daraus resultierende Liquiditätseingänge haben wir mehrfach als Problem benannt. Obwohl wir uns konsequent für Zwischenabrechnungen einsetzen, stoßen wir bei den Vertragspartnern leider bisher auf wenig Verständnis.

Neu ist, dass einzelne Kassen vermehrt Verordnungen absetzen, manche davon mit bemerkenswerter Kreativität. Dieses Risiko hatten wir damals schon im Schiedsverfahren zur Blankoverordnung angesprochen und ein vorübergehendes Absatzmora-

toratorium [Aussetzpause; Anm. d. Red.] gefordert. Die Unparteiischen konnten wir von der Notwendigkeit überzeugen, doch die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) konnte mithilfe des DVE eine Mehrheit dagegen organisieren. Die Folgen tragen nun die Praxen.

Wie bewertet der BED die Zuzahlungssystematik?

Wir haben bereits vor den Verhandlungen zur Blankoverordnung angemahnt, dass die Zuzahlungssystematik zu einem Problem wird. Gemeinsam mit LOGO Deutschland, einem Berufsverband für Selbstständige in der Logopädie, haben wir 2023 eine politische Initiative gestartet, die auf die historisch gewachsenen Fehlentwicklungen bei den Zuzahlungen hinweist – vor allem, weil hohe Zuzahlungen zu Therapieverzicht führen. Leider wurde dieser Vorstoß durch parallele Forderungen anderer



Wir sind für Sie da!
Bundesverband für
Ergotherapeut*innen
Deutschland e.V.

Zuzahlung

Bei Blankoverordnungen gilt, wie bei allen Heilmittelverordnungen, die gesetzliche Zuzahlungspflicht für gesetzlich Versicherte. Sie besteht aus 10% der tatsächlichen Behandlungskosten plus 10 Euro Pauschale pro Verordnung. Da Therapeut*innen den Umfang der Therapie, also Anzahl, Dauer und Art der Behandlungen, erst im Verlauf festlegen, steht die endgültige Höhe der Zuzahlung erst am Ende der Verordnung fest. Praxen sind nach § 125a SGB V (Blankoverordnung) verpflichtet, Klient*innen vor Behandlungsbeginn über die variablen Therapiekosten aufzuklären. Den Vertrag finden Sie hier: <https://eref.thieme.de/GMTK2>.

Ampelsystem

Wie viele Zeitintervalle eine versicherte Person erhalten kann, ohne dass der Umfang als unverhältnismäßig gilt, ist im Ampelsystem festgehalten. Laut Rahmenvertrag geben die drei Phasen Grün, Gelb und Rot Orientierung, ab wann der Behandlungsumfang als passend, erhöht oder kritisch bewertet wird.

Beeinflusst die Blankoverordnung die Attraktivität des Berufs?

Attraktiv ist ein Beruf in erster Linie dann, wenn er Sinn stiftet, angemessen vergütet wird, nicht in Altersarmut führt, wenn die Rahmenbedingungen vor Überlastung schützen und der Beruf öffentliche Anerkennung erfährt.

Die Blankoversorgung kann viele dieser Rahmenbedingungen positiv beeinflussen, die Therapie individueller und effizienter machen, die Zusammenarbeit mit Verordnenden und anderen Berufsgruppen verbessern sowie fehleranfällige Bürokratie reduzieren. Damit hat sie durchaus Potenzial, die Attraktivität des Berufs zu steigern. Allerdings passiert das nicht automatisch. Wir als Verantwortliche müssen bei der Weiterentwicklung die Rahmenbedingungen so gestalten, dass das Potenzial der Blankoverordnung auch zum Tragen kommt.

Die Interviews führte Theresa Hausner.