

Blankverordnung kommt zum 1. November 2024



Ab dem 01.11.2024 ist die Ausstellung einer Blankverordnung **bei Schulterbeschwerden** für Physiotherapie die Regel.

Diese Rezepte fallen nicht mehr **unter das Budget des Arztes** – nun muss der Physiotherapeut für die Verordnungsmenge haften.

Ausgenommen sind Diagnosen, die als Langzeitverordnungen weitergeführt werden

M 75.1 Läsion der Rotatorenmanschette

M 24.41+Z98.8 Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenks

Z96.60 + Z98.8 Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten

Erhält der Physiotherapeut eine solche Verordnung, kann er eigenständig die Art des Heilmittels, die Anzahl der Behandlungseinheiten sowie die Frequenz der Therapie bestimmen. Dementsprechend kann sich die Höhe der zuzahlenden Zuzahlung während des Therapieverlaufes verändern.

Grundsätzlich sind es 10€ pro Rezept und 10% der Kosten der Behandlungen, die über 16 Wochen durchgeführt werden.

Zur einfachen Handhabung unterschreiben Patienten uns am Anfang der Behandlungsserie eine Lastschrift, die wir aber erst nach 16 Wochen zum nächsten Monatsanfang abbuchen, da erst dann die eigentliche Summe feststeht. Wir können den Patienten bei jeder zusätzlich gebuchten Behandlung den aktuellen Betrag nennen.

Pro Behandlungstag dürfen maximal

- 2 vorrangige gleiche/unterschiedliche Heilmittel
 - Krankengymnastik/ Manuelle Therapie/ Krankengymnastik am Gerät/ Massagen und
- 1 ergänzendes Heilmittel (Fango/Heißluft/Eis/Heiße Rolle) durchgeführt werden.

Woran erkennt man eine Blankoverordnung?

Das Verordnungsformular ist das bekannte Muster 13 (Rosa Din A5 siehe Abbildung oben). Im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ wird vom Arzt der Text „Blankoverordnung“ eingetragen. Darüber hinaus macht der Arzt keine Angaben zum Heilmittel, zu den Behandlungseinheiten und zur Frequenz – diese Felder bleiben leer.



Die Behandlung kann begonnen werden, wenn nachfolgende Angaben auf der Verordnung enthalten sind:

- Name, Vorname des Versicherten,
- geb. am,
- Krankenkasse bzw. Kostenträger,
- Ausstellungsdatum,
- Diagnose,
- Stempel und Unterschrift des Arztes.

Diagnostik vor/zum Abschluss der Therapie

Um die Therapie für Patienten angemessen planen zu können, wurden im Rahmen der Blankoverordnung folgende Leistungen mit aufgenommen:

- die physiotherapeutische Diagnostik
- die Bedarfsdiagnostik – Sie kann während des Rezeptverlaufs nach frühestens 28 Tagen nach Beginn der Behandlung bzw. am Ende der Behandlungsserie stattfinden

Diese Leistungen müssen vom Patienten unterschrieben werden

Bestandteile der Diagnostiken

a) Physiotherapeutische Diagnostik:

Vor Beginn der Therapie werden Sie mit standardisierten Befragungen und Tests untersucht, damit der Therapeut mit Ihnen zusammen das Therapieziel festlegen und einen Therapieplan erstellen kann. Im Rahmen der Diagnostik erfolgt auch die Aufklärung (Edukation) des Patienten über sein Krankheitsgeschehen. Sie ist Zuzahlungspflichtig

Sie muß zwingend vor der ersten Behandlung stattfinden. Es kann/muß nicht am gleichen Tag die erste Behandlung stattfinden.

b) Bedarfsdiagnostik

Am Ende der Therapie wird der Patient mit den gleichen Tests und Befragungen, die auch für die Eingangsuntersuchung genutzt werden, untersucht und der therapeutische Fortschritt dokumentiert.

Sofern vom Arzt ein Therapiebericht über die erfolgte Behandlung auf der Verordnung angefordert wurde, muss dieser nach Beendigung der Verordnung an den ausstellenden Arzt übermittelt werden. Der Bericht muss folgende Angaben enthalten:

- Geplantes Therapieziel, Erreichung des Therapieziels
- Angewendete Heilmittel und Anzahl der Therapieeinheiten, Dauer der Therapie (in Wochen)
- Compliance des Patienten = Wie weit hat der Patient die Übungen umgesetzt und war motiviert den Heilungsverlauf zu unterstützen

Gültigkeit/Behandlungsunterbrechungen/Behandlungsdurchführung

Gültigkeit:

Eine Blankoverordnung ist immer **16 Wochen ab Ausstellungsdatum gültig**. Dies gilt auch, wenn das Therapieziel erreicht und die Verordnung bereits abgerechnet wurde.

Sofern der Patient wiederkehrende Beschwerden hat, kann er die behandelnde Praxis innerhalb des 16-Wochen-Zeitraums erneut – ohne neue Verordnung – aufsuchen, so lange die Behandlungen innerhalb der 16 Wochen erfolgen.

Es gibt keine Vorschrift für die maximale Unterbrechung – allerdings verlängert sich die Gültigkeit von 16 Wochen durch die Unterbrechung nicht

Weitere Blankoverordnungen

Der Arzt kann **nach 16 Wochen ab Ausstellungsdatum** der **ersten** Blankoverordnung – bis zur Erreichung des angestrebten Therapieziels – weitere Blankoverordnungen für dieselbe Diagnose ausstellen. Auch für diese Behandlungen übernimmt der **Therapeut die wirtschaftliche Verantwortung und es fällt nicht mehr in das Budget des Arztes**.

Parallele Behandlung von mehreren Verordnungen:

Im Gültigkeitszeitraum der Blankoverordnung darf für denselben Patienten innerhalb der Diagnosegruppe EX keine weitere Heilmittelverordnung – weder konventionell noch Blankoverordnung – bei Erkrankungen im Bereich des Schultergelenks angenommen und durchgeführt werden.

Ausgenommen davon sind weitere Heilmittelverordnungen für Erkrankungen im Bereich des Schultergelenks bei unterschiedlichen Körperseiten (rechte/linke Schulter) oder wenn es sich um Verletzungen/Beschwerdebilder außerhalb der Schulterregion handelt (z. B. Unterarmfrakturen).

Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung – Ampelsystem

Der Gesetzgeber sieht vor, dass Maßnahmen zur Vermeidung unverhältnismäßiger Mengenausweitungen von Behandlungen durchzuführen sind. Um diesen gesetzlichen Vorgaben gerecht zu werden, wurde zwischen den Vertragspartnern ein sogenanntes Ampelsystem konsentiert. Ziel dieser Ampel ist es, auf der einen Seite den gesetzlichen Auftrag zur Vereinbarung von Wirtschaftlichkeitsmaßnahmen zu erfüllen und auf der anderen Seite das Vorgehen für beide Seiten so unbürokratisch und transparent wie möglich zu gestalten. Im grünen Bereich erfolgt eine volle Vergütung der physiotherapeutischen Leistungen, im roten Bereich gib es 9% Abschläge bei den Preisen. Die vereinbarten Mengen orientieren sich an der Heilmittel-Richtlinie und sollten grundsätzlich ausreichen, die jeweiligen Therapieziele zu erreichen.

Beim Erreichen der Roten Zahl bekommen wir 9% abgezogen. Der Patient muß seine Zuzahlung aber für den üblichen Preis bezahlen.