

## **DEUTSCHER VERBAND ERGOTHERAPIE e.V. (DVE)**

### **STELLUNGNAHME**

# **zum Zwischenbericht über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in der Ergotherapie**

**gemäß § 125a Abs. 6 SGB V**

---

Eingereicht von:

Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)

Datum:

01.06.2026

## 1 Einleitung

Als Vertragspartner des GKV-Spitzenverbandes und als einer der unmittelbar an der Ausgestaltung des Vertrages nach § 125a SGB V beteiligten Berufsverbände kommt der Deutsche Verband Ergotherapie e.V. (DVE) mit der vorliegenden Stellungnahme den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen nach. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt dabei auf der Umsetzung der Blankverordnung im ergotherapeutischen Versorgungsalltag sowie auf deren Auswirkungen auf den ergotherapeutischen Prozess.

Grundlage dieser Stellungnahme ist nicht ausschließlich die Bewertung und Auseinandersetzung mit den HIS-Daten; vielmehr erhebt sie den Anspruch einer fachlich-inhaltlichen Stellungnahme aus der Perspektive der ergotherapeutischen Profession. Der DVE vertritt in dieser Funktion rund 14.000 Mitglieder und damit zugleich mehr als die Hälfte der zugelassenen ergotherapeutischen Praxen.

Die der Stellungnahme zugrunde liegenden Erkenntnisse stammen aus drei Quellen, die jeweils unterschiedliche Dimensionen der Versorgungswirklichkeit abbilden. Die HIS-Schnellinformationen des GKV-Spitzenverbandes sowie die Bewertung der HIS-Zahlen ermöglichen eine quantitative Betrachtung der Mengen- und Umsatzentwicklung. Sie beantworten die Fragen, ob und in welchem Ausmaß die Blankverordnung genutzt wird. Was diese Daten strukturell nicht leisten können, ist eine inhaltliche Einschätzung der therapeutischen Behandlungsqualität, der Versorgungswirkung sowie der Auswirkungen auf den ergotherapeutischen Prozess.

Genau diese Perspektive bringt die DVE-Umfrage zur Blankverordnung ein, an der sich 1.630 Ergotherapeut:innen beteiligt haben, die erstmals Einblicke in die Behandlungs- und Ergebnisqualität ermöglicht. Ergänzend fließen die Rückmeldungen aus der Mitgliederberatung, die den DVE tagtäglich erreichen, sowie die Perspektiven der Praxisinhabenden aus Austauschformaten und inhaltlichen Sessions der jährlich stattfindenden Herbsttagung der Selbstständigen ein, an der regelmäßig mindestens 200 Praxisinhabende teilnehmen.

Die Stellungnahme des DVE bezieht sich entsprechend im Wesentlichen auf die durchgeführte Umfrage und ergänzt die Erkenntnisse aus den HIS-Daten. Diese Verknüpfung von Strukturdaten mit der inhaltlichen Qualität ist eine notwendige Voraussetzung für eine sachgerechte Bewertung.

## **2 DVE-Umfrage: Kurzbeschreibung der Methodik**

Die DVE-Umfrage zur Blankverordnung wurde im Zeitraum vom 27.02.2026 bis 15.04.2026 als Online-Erhebung durchgeführt. Dieser Zeitpunkt wurde bewusst so gewählt, um möglichst aktuelle Daten zu erhalten und auf einen möglichst großen Erfahrungshorizont der Teilnehmenden zugreifen zu können. Die Teilnahme stand sowohl Mitgliedern als auch Nicht-Mitgliedern des Verbandes offen. Gegenstand der Erhebung waren Fragen zur therapeutischen Flexibilität, zu den Auswirkungen der vorgenommenen Anpassungen auf die Versorgung sowie zu Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung.

Insgesamt beteiligten sich 1.630 Personen an der Umfrage. Die Teilnehmenden verteilten sich auf folgende Berufsrollen innerhalb ergotherapeutischer Praxen: 77 % der Befragten waren als Praxisinhabende tätig, 11 % nahmen Aufgaben der fachlichen Leitung wahr und 12 % gaben an, als Mitarbeitende beschäftigt zu sein.

Die erhobenen Daten erheben keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität. Aufgrund der hohen Teilnehmendenzahl sowie der breiten Verteilung über die unterschiedlichen Berufsrollen liefern sie jedoch belastbare Hinweise auf aktuelle Tendenzen in der Versorgungspraxis. Der inhaltliche Schwerpunkt der Umfrage liegt auf den Auswirkungen auf den ergotherapeutischen Prozess – einer Dimension, die aus Sicht des DVE sowohl für die Gesamtbewertung der Blankverordnung als auch für die vorliegende Stellungnahme an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von zentraler Bedeutung ist.

Die Umfrage erfasst die Perspektive der Ergotherapeut:innen und berücksichtigt deren Expertise. Um die mittel- und langfristigen Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität noch differenzierter beurteilen zu können, sollte ergänzend eine systematische Erhebung und Darstellung von Outcomes sowie die Einbeziehung der Perspektive der Klient:innen angestrebt werden. Diese sollte unter wissenschaftlicher Begleitung und Einbeziehung sowohl der Leistungsträger als auch der Leistungserbringenden realisiert werden.

## **3 Etablierung Blankverordnung in der ergotherapeutischen Praxis**

Laut den HIS-Zahlen hat sich die Blankverordnung in einem bemerkenswert kurzen Zeitraum als feste Versorgungsform in der Ergotherapie etabliert. Der Anteil der Blankverordnungen am Gesamtumsatz der Ergotherapie ist von rund 3 % bis zum Ende des Einführungsjahres 2024 auf gegenwärtig 16 % (I.-IV. Quartal 2025) gestiegen. Dieser Anstieg

hat sich innerhalb von weniger als zwei Jahren vollzogen und verweist auf eine aktive Entscheidung sowohl der Ergotherapeut:innen hinsichtlich der praktischen Umsetzung als auch der verordnenden Ärzt:innen für das erweiterte Versorgungsmodell. Aus Sicht des DVE ist diese Entwicklung als ein klares Bekenntnis der Versorgungspraxis zur Blankoverordnung zu werten.

Besonders ausgeprägt ist die Marktdurchdringung in der Diagnosegruppe SB1, in der die Blankoverordnung bereits für 66,37 % des Bruttoumsatzes verantwortlich ist. Die Diagnosegruppen PS3 und PS4 folgen mit Blankoanteilswerten von 56,03 % beziehungsweise 53,19 %. Dass die Diagnosegruppe SB1 hierbei eine Pionierrolle einnimmt, ist aus therapeutischer Perspektive nachvollziehbar: Motorisch-funktionelle Behandlungsverläufe sind sowohl in inhaltlich-therapeutischer Hinsicht – bezogen beispielsweise auf Zielsetzung und Auswahl der Maßnahme – als auch in zeitlicher Hinsicht bezüglich der Frequenz vergleichsweise klar abgrenzbar und planbar. Demgegenüber zeigen psychisch-funktionelle Versorgungsverläufe, wie sie in den Diagnosegruppen PS3 und PS4 dominieren, ein heterogeneres Bild, da Kontextfaktoren häufig zu einem weniger vorhersehbaren, schwieriger planbaren und ggf. längerem Behandlungsverlauf führen. Sie erfordern damit ein höheres Maß an Erfahrung in der eigenverantwortlichen Behandlungsplanung – eine Kompetenz, die sich in der Versorgungspraxis erkennbar aufbaut. Zudem gibt es Rückmeldungen aus der Mitgliederberatung des DVE, wonach seit Einführung der Blankoverordnung verstärkt Klient:innen aus den Diagnosegruppen PS3 und PS4 ergotherapeutisch versorgt werden, die zuvor keine ergotherapeutische Verordnung erhalten hatten.

Die HIS-Zahlen lassen nach Ansicht des DVE zudem erkennen, dass das Mengenwachstum in den Diagnosegruppen SB 1 und PS 3 und 4 nicht durch eine Gesamtmengenausweitung pauschal entsteht, sondern durch eine strukturelle Verschiebung von der Versorgung nach § 125 SGB V hin zur Blankoversorgung nach § 125a SGB V. Diese Verschiebung spiegelt eher den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung in den genannten Indikationsbereichen wider und ist nicht pauschal der Einführung der Blankoverordnung zuzurechnen.

Die Blankoverordnung erzeugt somit keinen künstlichen Behandlungsbedarf. Sie versetzt die Ergotherapeut:innen vielmehr in die Lage, einen bestehenden Versorgungsbedarf individueller und damit bedarfsgerechter sowie effektiver für die Klient:innen zu gestalten.

## **4 Auswirkungen auf den ergotherapeutischen Prozess**

Aus Sicht des DVE stellt sich als eine der zentralen Fragen, wie sich die Auswirkungen der Blankoverordnung auf den ergotherapeutischen Prozess sowie auf die Versorgung im Vergleich zur Versorgung nach § 125 SGB V darstellen und ob sich daraus ein positiver Mehrwert ergibt. Auf Grundlage der vorliegenden Umfrageergebnisse beantwortet der DVE diese Frage – unter Berücksichtigung der bereits dargelegten methodischen Einschränkungen – mit einem klaren Ja: Die verfügbaren Daten sprechen deutlich für einen therapeutischen Mehrwert sowie für eine bedarfsgerechtere und stärker klientenzentrierte Ausgestaltung des ergotherapeutischen Prozesses.

### **4.1 Anpassung der Behandlungsfrequenz im therapeutischen Verlauf**

Insgesamt 72 % der befragten Ergotherapeut:innen gaben an, die Behandlungsfrequenz im Rahmen einer Blankoverordnung angepasst zu haben (siehe Abbildung 1a). Für die therapeutische Einordnung dieses Umfrageergebnisses ist jedoch weniger das „Ob“ als vielmehr das „Wie“ der Anpassung von Bedeutung: 73 % der Anpassungen erfolgten erst im Verlauf des Behandlungsprozesses und damit als unmittelbare Reaktion auf die individuelle Entwicklung oder Bedarfe der Klient:innen, nicht als routinemäßige Anpassung der Behandlungsfrequenz. Lediglich 23 % nahmen die Anpassung bereits im Rahmen der initialen Behandlungsplanung vor (siehe Abbildung 1b). Diese Tatsache spricht für eine reflektierte, bedarfsgesteuerte Nutzung der gewährten Versorgungsautonomie im Rahmen der Blankoverordnung und nicht für eine unbegründete Ausschöpfung der vertraglich eingeräumten Spielräume.

Auch der Umstand, dass 28 % der Befragten keine Anpassung der Behandlungsfrequenz vorgenommen haben (siehe Abbildung 1a), ist in seiner Differenzierung aufschlussreich: 63 % der Teilnehmenden gaben hierfür eine eingeschränkte Terminverfügbarkeit als Grund an. Die strukturellen Praxiskapazitäten geraten somit in einen Spannungs- bzw. Widerspruchsbereich zwischen den beiden parallel bestehenden Versorgungsformen. Während die Versorgung nach § 125 SGB V in den Praxen durch starre Terminstrukturen entlang der ärztlich verordneten Frequenzen gebunden ist, erfordert die Blankoverordnung eine flexible, bedarfsgerechte und klientenzentrierte Therapieplanung hinsichtlich der Frequenz. Diese Parallelität behindert die Inanspruchnahme der therapeutisch grundsätzlich angestrebten Flexibilität. Lediglich 28 % der Befragten sahen schlicht keinen Anpassungsbedarf – ein Umfrageergebnis, der wiederum das reflektierte und bedarfsgerechte Vorgehen der Ergotherapeut:innen unterstreicht (siehe Abbildung 1c).

Insgesamt zeigt sich, dass die Blankverordnung zwar die Möglichkeit zur Anpassung der Behandlungsfrequenz einräumt, deren tatsächliche Umsetzung jedoch unter anderem auch von der Praxisstruktur (z. B. Terminverfügbarkeit) und der personellen Kapazität (Fachkräftemangel) abhängt. Beide Faktoren bedürfen über das Vertragsrecht hinaus einer gezielten Weiterentwicklung.

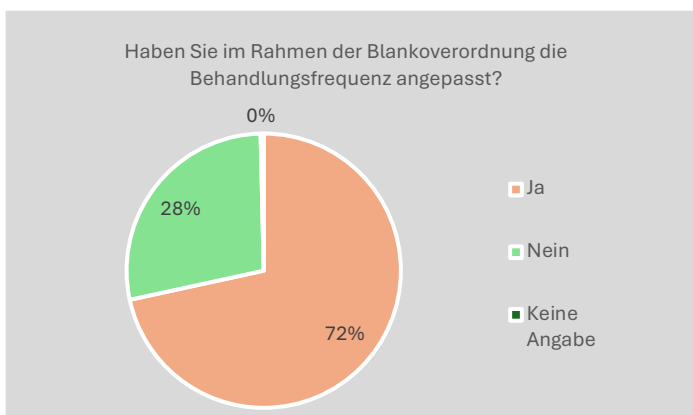


Abbildung 1a: Auswertung aus der DVE-Umfrage zur Anpassung der Behandlungsfrequenz (n=1630)

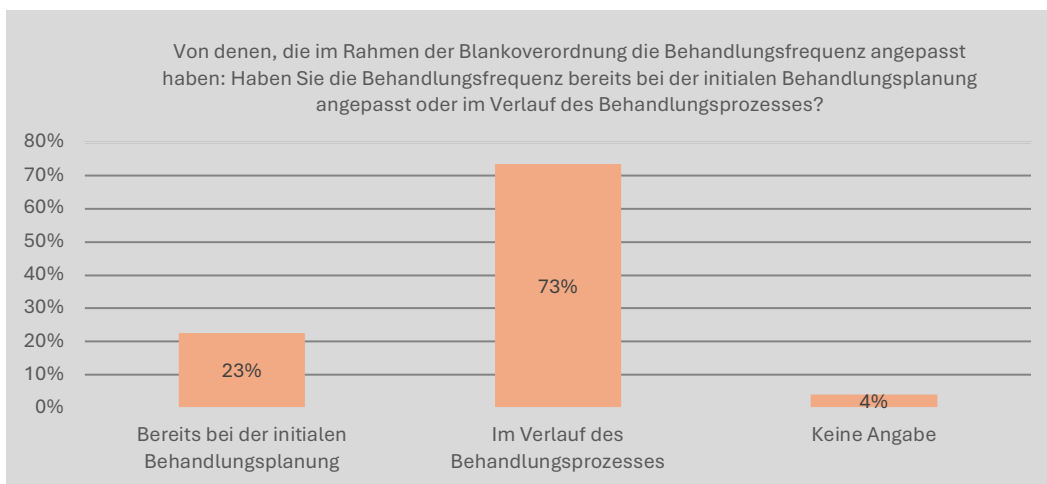


Abbildung 1b: Auswertung aus der DVE-Umfrage zum Zeitpunkt der Anpassung der Behandlungsfrequenz (n=1630)

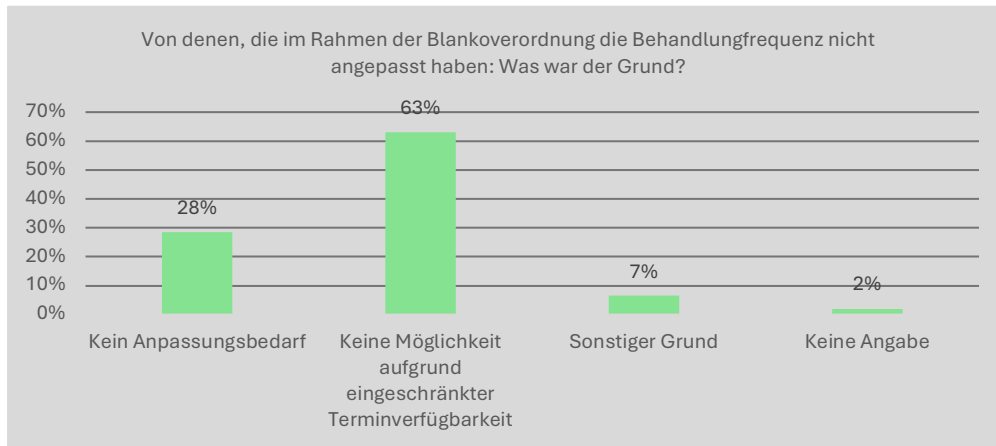


Abbildung 1c: Auswertung aus der DVE-Umfrage zur Nicht-Anpassung der Behandlungsfrequenz (n=1630)

#### 4.2 Therapeutische Maßnahme: Bedarfsgerechte und klientenzentrierte Umsetzung im Verlauf

Noch deutlicher als die Anpassung der Behandlungsfrequenz belegt die eigenständige Steuerung der ergotherapeutischen Maßnahme gemäß der Heilmittel-Richtlinie den fachlichen Mehrwert der Blankoverordnung. 48 % der Befragten gaben an, die ergotherapeutische Maßnahme nach Maßgabe des Heilmittelkataloges im Verlauf der Behandlung verändert zu haben – beispielsweise von einer psychisch-funktionellen Behandlung hin zu einem Hirnleistungstraining oder in eine Kombination von diesem (siehe Abbildung 2a). Die Art dieser Anpassungen ist dabei besonders aufschlussreich: 61 % der Ergotherapeut:innen, die eine Anpassung vornahmen, taten dies mehr als zweimal (siehe Abbildung 2b). Es handelt sich somit nicht um einmalige Korrekturen, sondern um eine kontinuierliche therapeutische Prozesssteuerung, die auf eine tatsächliche Individualisierung und Bedarfsorientierung der Versorgung hinweist.

Dieses Umfrageergebnis ist versorgungspolitisch von zentraler Bedeutung. In der Versorgung nach § 125 Abs. 1 SGB V ist ein Wechsel des Heilmittels nach Maßgabe des Heilmittelkataloges ohne eine neue ärztliche Verordnung beziehungsweise ohne eine entsprechende Korrektur der Verordnung durch die verordnenden Ärzt:innen nicht möglich. Die Blankoverordnung schafft und ermöglicht damit die strukturelle Voraussetzung für eine Versorgungsform, die dem tatsächlichen Therapieverlauf sowie den Bedarfen der Klient:innen folgt – und nicht umgekehrt. Zugleich werden bürokratische Aufwände reduziert, wie sie durch eine Änderung der Verordnung notwendig wären.

Auch die 52 % der Befragten, die keine Maßnahmenanpassung vorgenommen haben (siehe Abbildung 2a), lassen eine reflektierte Nutzung erkennen: 70 % dieser Gruppe gaben an, keinen Anpassungsbedarf gehabt zu haben (siehe Abbildung 2c). Das Beibehalten der ursprünglich geplanten Maßnahme stellt damit in der überwiegenden Zahl der Fälle eine bewusste therapeutische Entscheidung dar.

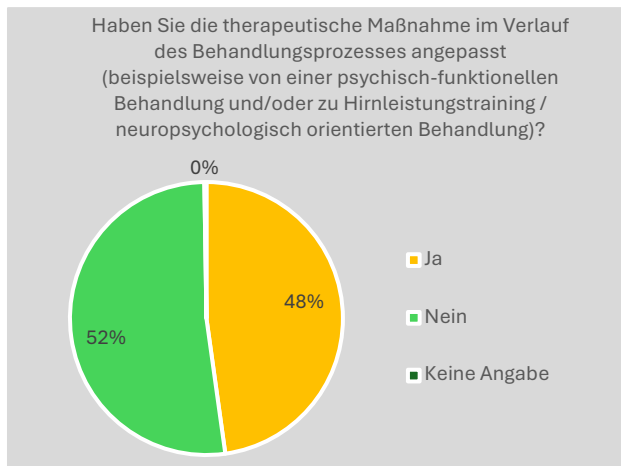


Abbildung 2a: Auswertung aus der DVE-Umfrage zur Anpassung der therapeutischen Maßnahme (n=1630)

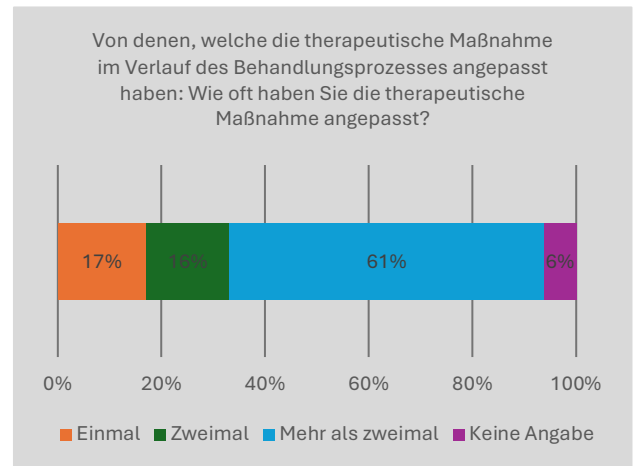


Abbildung 2b: Auswertung aus der DVE-Umfrage zur Häufigkeit der Anpassung der therapeutischen Maßnahme (n=1630)

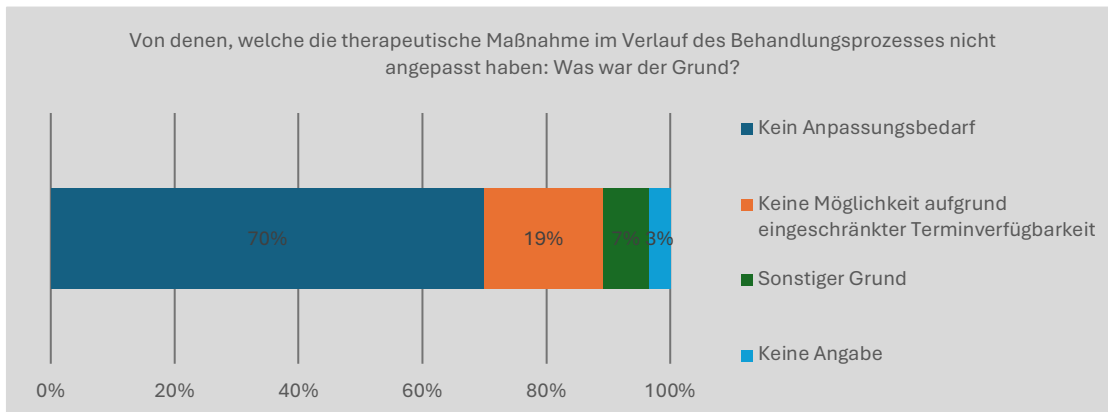


Abbildung 2c: Auswertung aus der DVE-Umfrage zur Begründung der Nicht-Anpassung der therapeutischen Maßnahme (n=1630)

#### 4.3 Auswirkungen auf Behandlungsziele, Klient:innen und Mitarbeitende

Die aus Sicht des DVE einer der bedeutsamsten Ergebnisse der Umfrage zur Blankoverordnung betreffen die Frage nach den wahrnehmbaren Wirkungen der vorgenommenen Anpassungen. Zu diesen wahrnehmbaren Wirkungen waren in der Umfrage Mehrfachnennungen möglich. 69 % der Befragten – dies entspricht 1.121 der insgesamt 1.630 Teilnehmenden – berichten von positiven Auswirkungen auf die Erreichung

der Behandlungsziele. 67% der Teilnehmenden (1.098 Nennungen) nehmen eine verbesserte Klientenzufriedenheit wahr. 42 % sehen Auswirkungen auf die Gesamtdauer der Therapie, was sowohl auf eine effizientere Zielerreichung als auch auf eine bedarfsgerechte Behandlung hindeuten kann. 40 % der Befragten nehmen zudem eine höhere Zufriedenheit der Mitarbeitenden wahr. Lediglich 18 % der Befragten berichten von keinerlei Auswirkungen. Dieser vergleichsweise geringe Anteil ist aus Sicht des DVE ein bedeutsames Signal: Die große Mehrheit der Ergotherapeut:innen nimmt einen realen Unterschied zur Versorgung nach § 125 SGB V wahr (siehe Abbildung 3).

Der DVE ist sich der methodischen Grenzen dieser Selbsteinschätzungen bewusst; subjektive Wahrnehmungen können therapeutische Outcome-Messungen nicht ersetzen (s.o.). Gleichwohl sind die vorliegenden Umfrageergebnisse aus drei Gründen ernst zu nehmen: Erstens stammen sie mehrheitlich von Praxisinhaber:innen und Ergotherapeut:innen mit Berufserfahrung und damit von Personen, die unmittelbar mit der Versorgung nach §125 SGB V vergleichen können. Zweitens zeigen sie sich konsistent über alle befragten Berufsrollen (fachliche Leitung, Mitarbeiter:innen) hinweg. Drittens weisen sie eine deutliche Richtung auf und beschränken sich nicht auf marginale Unterschiede.

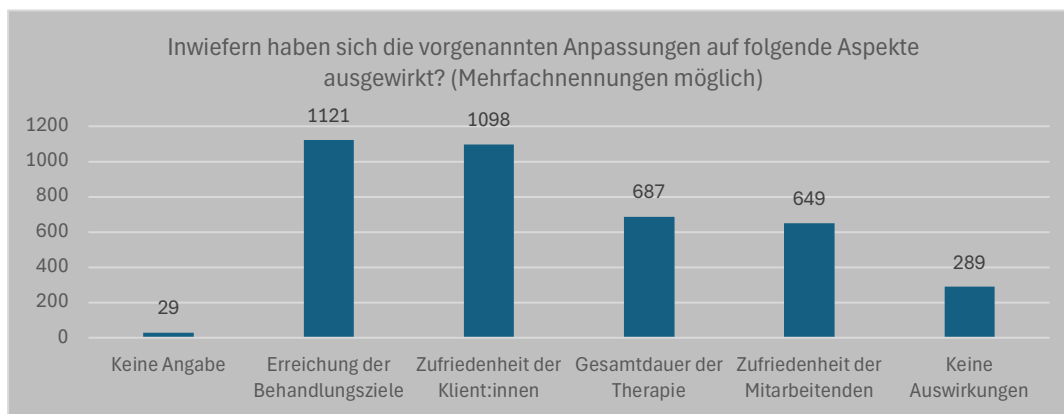


Abbildung 3: Auswertung aus der DVE-Umfrage zu Auswirkungen der Blankverordnung (n=1630)

#### 4.4 Zeitintervalle / Behandlungseinheiten: Eine bedarfsgerechte Umsetzung

Die Ergebnisse der DVE-Umfrage lassen eine erste Tendenz unter den Teilnehmenden erkennen: 55 % der Befragten berichten von keiner Veränderung der durchschnittlichen Zahl bzw. Dauer der Behandlungseinheiten im Vergleich zur Versorgung nach § 125 SGB V. Aufschlussreicher noch ist der Umstand, dass 26 % sogar eine Reduktion angeben – davon 23 % „etwas weniger“ und 3 % „deutlich weniger“ –, während lediglich 16 % eine Zunahme (etwas mehr, deutlich mehr) berichten (siehe Abbildung 4).

Die Blankverordnung führt demnach in der Mehrheit der befragten Teilnehmenden nicht zu einer Ausweitung der Zeitintervalle beziehungsweise Behandlungseinheiten, sondern vielmehr zu einer effizienteren Nutzung des vorhandenen Therapierahmens.

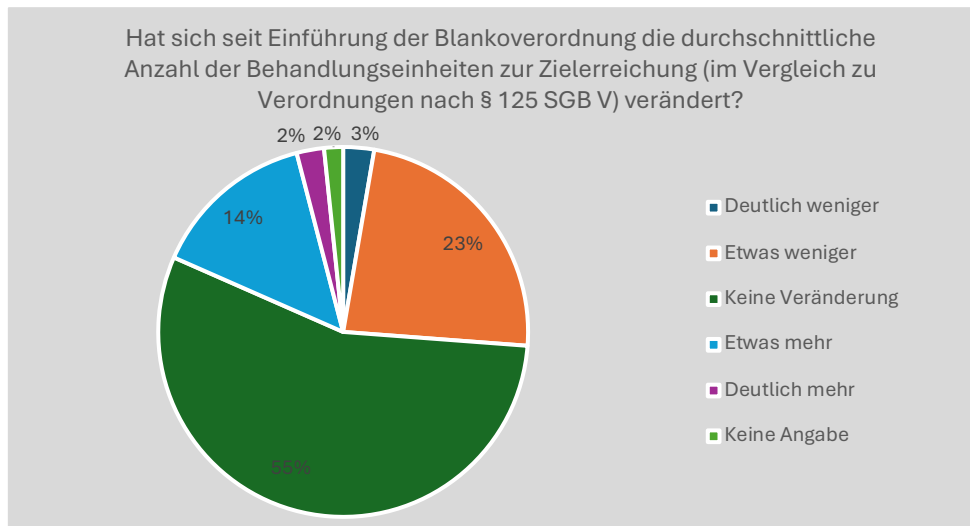


Abbildung 4: Auswertung aus der DVE-Umfrage zur Veränderung der Anzahl der Behandlungseinheiten zur Zielerreichung im Vergleich zu Verordnungen nach § 125 SGB V (n=1630)

#### 4.5 Behandlungssetting: Gruppentherapie strukturell begrenzt, nicht ungewollt

Die HIS-Zahlen weisen im Betrachtungszeitraum Q1/2025 bis Q4/2025 für Gruppentherapien einen Anteil von unter 1 % am Gesamtumsatz der Blankverordnung aus. Dieser Wert könnte missverständlich als mangelnde Nutzung einer vertraglich vorgesehenen Versorgungsform interpretiert werden. Die DVE-Umfrage zur Blankverordnung liefert hierzu eine differenzierte Erklärung: 84 % der Befragten haben das Behandlungssetting nicht verändert. Als häufigster Grund wurde mit 43 % eine unzureichende Anzahl geeigneter Klient:innen für eine Gruppentherapie angegeben, gefolgt von 42 %, die keinen entsprechenden Anpassungsbedarf sahen. Lediglich 10 % verwiesen auf eine eingeschränkte Terminverfügbarkeit. Eine Gruppentherapie setzt die gleichzeitige Verfügbarkeit von Klient:innen mit beispielsweise kompatiblen Diagnosen und Bedarfen voraus – eine Voraussetzung, die insbesondere in Einzelpraxen aus strukturellen Gründen häufig nicht erfüllbar ist.

Aus Sicht des DVE ist der geringe Gruppenanteil daher nicht als Versorgungslücke, sondern - neben den o.g. strukturellen Herausforderungen - vielmehr als Ausdruck einer fachlich begründeten und bedarfsorientierten Indikationsstellung zu verstehen. Die Entscheidung für oder gegen eine Gruppentherapie erfolgt im Einzelfall auf Grundlage der individuellen

therapeutischen Voraussetzungen und Zielsetzungen der Klient:innen sowie der konkreten Versorgungssituation in der jeweiligen Praxis.

## 5 Vermeidung unverhältnismäßiger Mengenausweitungen

Die Frage der Vermeidung unverhältnismäßiger Mengenausweitungen war von Beginn an ein zentrales Thema in den Verhandlungen sowie in der vertraglichen Ausgestaltung zur Umsetzung der Blankverordnung. Auf Grundlage der vorliegenden HIS-Daten lässt sich eine unwirtschaftliche oder nicht bedarfsgerechte Leistungserbringung nicht pauschal feststellen. Viel mehr ist zu beobachten, dass das vertraglich vereinbarte Ampelsystem als Steuerungsinstrument zur Vermeidung unverhältnismäßiger Mengenausweitungen wirkt, Anwendung findet und nur in marginalem Umfang ausgereizt wird.

~98 %	1–2 %	< 1 %
Grüne Ampelphase	Gelbe Phase	Rote Phase (mit 9 % Abschlag)
SB1: 98,32 %   PS3: 97,62 %   PS4: 98,51 %	SB1: 1,45 %   PS3: 1,39 %   PS4: 1,01 %	SB1: 0,23 %   PS3: 0,99 %   PS4: 0,48 %

Abbildung 5: Ampelphasen im Betrachtungszeitraum Q1/2025 – Q4/2025 (Quelle: HIS-Bericht zur Blankverordnung)

Rund 98 % aller Blankverordnungen verbleiben in der grünen Ampelphase. Diese Verteilung ist seit Vertragsbeginn stabil und lässt keinerlei Tendenz zur Ausweitung erkennen. Weniger als 1 % aller Blankverordnungen erreicht die rote Phase, für die ein Vergütungsabschlag in Höhe von 9 % vorgesehen ist (siehe Abbildung 5). Diese Daten zeigen einerseits, dass die vertraglich vereinbarten Zeitintervalle der einzelnen Ampelphasen, die für die Versorgung der Klient:innen in den drei Diagnosegruppen durchschnittlich erforderlichen Behandlungszeiten, realistisch abgebildet werden. Andererseits belegen sie, dass die Ergotherapeut:innen den therapeutischen Prozess konsequent innerhalb der vereinbarten Wirtschaftlichkeitsgrenzen bedarfsgerecht und klientenzentriert gestalten – ohne dass externe Kontroll- oder sanktionsbedingte Steuerungsmechanismen maßgeblich wirken müssten.

Abbildung 4 zur DVE-Umfrage bestätigt dieses Bild aus Praxissicht, da wie bereits zuvor aufgezeigt, 55 % der Befragten von keiner Veränderung der Behandlungseinheiten gegenüber der Versorgung nach §125 SGB V berichten, während sogar 26 % eine Reduktion angeben. Beide Datenquellen konvergieren damit zu einem konsistenten Gesamtbild.

Aus den HIS-Zahlen geht zudem hervor, dass die durchschnittlich abgerechneten Zeitintervalle je Blankoverordnung seit Vertragsbeginn kontinuierlich gestiegen sind und sich nunmehr auf einem stabilen durchschnittlichen Niveau eingependelt haben: SB1 bei 48,6 ZI, PS3 bei 67,1 ZI und PS4 bei 59,9 ZI (jeweils Januar bis Dezember 2025). Dass die ZI-Werte je Diagnosegruppe deutlich differieren, ist therapeutisch nachvollziehbar: Motorisch-funktionelle Interventionen und die Versorgung von Klient:innen aus der Diagnosegruppe SB1 sind sowohl inhaltlich als auch zeitlich anders strukturiert als psychisch-funktionelle (längerfristige) Behandlungen, die bereits aufgrund der jeweiligen Diagnosestellung eine fortlaufende Anpassung des therapeutischen Prozesses erfordern und deren Verlauf durch zahlreiche Kontextfaktoren häufig weder vorhersehbar noch zeitlich immer planbar sind.

Die Stabilisierung der ZI-Werte auf diagnosegruppenspezifisch plausiblen Niveaus deutet auf eine mittlerweile eingespielte und professionelle Versorgungspraxis hin. Die Ergotherapeut:innen schöpfen die zur Verfügung stehenden Zeitrahmen selbst im „grünen Bereich“ nicht aus, sondern orientieren sich an dem, was therapeutisch geboten ist.

Eine weitere Anpassung oder frühzeitige Überregulierung des Ampelsystems würde – zwei Jahre nach Einführung der Blankoverordnung und ohne aktuellen sachlichen Anlass – die therapeutische Flexibilität einschränken und das zentrale Versorgungsprinzip der Blankoverordnung, namentlich die eigenverantwortliche und bedarfsgerechte Therapiegestaltung, konterkarieren.

## **6 Aktuelle Hindernisse für eine vollständige Umsetzung der Blankoverordnung aus Perspektive der Ergotherapeut:innen**

Eine realistische Bewertung der Blankoverordnung setzt voraus, auch die bestehenden Barrieren und strukturellen Herausforderungen ihrer Umsetzung in den Blick zu nehmen.

### **6.1 Herausforderungen bei der Umsetzung**

45 % der Befragten in der DVE-Umfrage berichten von konkreten Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung der Blankoverordnung; 54 % geben demgegenüber an, keine Herausforderungen wahrzunehmen. Dieses Umfrageergebnis stellt grundsätzlich ein positives Implementierungssignal dar, lässt zugleich jedoch erkennen, dass nahezu jede zweite Praxis mit nennenswerten Umsetzungsproblemen konfrontiert ist. Aus den Freitextantworten der Umfrage verdichten sich die Herausforderungen auf die im Folgenden dargestellten Themenfelder.

### **Terminkapazitäten**

Die bedarfsgerechte Anpassung der Behandlungsfrequenz setzt freie Terminslots voraus. In voll ausgelasteten Praxen ist diese Flexibilität strukturell limitiert; entsprechend gaben 63 % derjenigen, die keine Frequenzanpassung vornahmen, dies als Hauptgrund an (siehe Abbildung 1c). Hierin liegt das zentrale praktische Paradoxon der Blankverordnung: Sie ermöglicht in der Theorie höhere Frequenzen oder längere Behandlungseinheiten, in der Versorgungsrealität sind die Terminpläne jedoch häufig so dicht belegt, dass diese Flexibilität nicht (immer) nutzbar ist. Während eine Reduktion der Frequenz vergleichsweise unproblematisch umsetzbar ist, scheitert eine Erhöhung regelmäßig an den verfügbaren Kapazitäten. In den Rückmeldungen werden Wartezeiten von bis zu einem Jahr genannt.

*„Die Flexibilität bringt eigentlich nichts, da Praxen eh schon komplett ausgebucht sind und Wartelisten länger wie ein Jahr laufen!“*

*„Spontane ZI-Anpassungen ... funktionieren i. d. R. nur als Reduktion [ ... ]“*

### **Zeit-, Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand**

Die Verlaufsdocumentation sowie die Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs werden – insbesondere im Vergleich zu den entsprechenden Anforderungen in der Versorgung nach § 125 SGB V – als zeitintensiv bewertet. Genannt werden in diesem Zusammenhang ein erhöhter Dokumentationsaufwand, das Erstellen von Berichten und Therapieplänen, die doppelte Prüfung der Verordnungen (analog und softwareseitig) sowie ein erhöhter Schulungsbedarf der Mitarbeitenden und ein größerer Kontrollaufwand für die Praxisinhaber:innen. Der hieraus resultierende Mehraufwand wird in den Rückmeldungen häufig als nicht angemessen vergütet beschrieben.

*„Hoher zeitlicher und verwaltungstechnischer Zusatzaufwand. Nur mehr Verwaltung, Arbeit und Bürokratie aufseiten des Ergotherapeuten verschoben.“*

### **Klientenkommunikation**

Die Blankverordnung erfordert einen deutlich erhöhten Aufklärungsbedarf gegenüber den Klient:innen – insbesondere zu Zuzahlung, Behandlungsfrequenz, Behandlungsverlauf sowie zu den Vorteilen und Grenzen der Versorgungsform. Dieser Aufklärungsaufwand wird als zeitintensiv beschrieben, vor allem in der Versorgung älterer oder psychisch erkrankter Klient:innen sowie bei Mehrfachdiagnosen. Hinzu kommen Herausforderungen im Abrechnungsprozess: Da die endgültige Zuzahlungssumme erst nach Ablauf der 16-wöchigen Behandlungsphase komplett ermittelbar ist, ergeben sich teils hohe Endrechnungen, die für die Klient:innen zu Liquiditätsproblemen führen können. Die Aufteilung der Zuzahlungen (Splitting) sowie wiederholte Erklärungsschleifen sind nach Aussage der Praxen die Regel.

*„Es ist eine Herausforderung den Patienten das Blankorezept zu erklären und was es für die Behandlung an Vorteilen bringt.“*

*„Aufwändigere Patienteninformation allgemein und zuzahlungsbezogen; Patienten wollen Zuzahlungen oft gesplittet — erhöhter Aufwand in der Buchhaltung und Controlling.“*

### **Diagnose, ICD-10-Zuordnung und Verordnungsfehler durch Ärzt:innen**

Dieses Themenfeld wird in den Rückmeldungen besonders häufig genannt und lässt sich in drei Unterthemen gliedern: Erstens wird darauf hingewiesen, dass die ICD-10-Codes nicht immer eindeutig der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden können – dies betrifft insbesondere die Diagnosegruppen SB1 und SB2. Zweitens werden Unsicherheiten und Informationsdefizite auf Seiten der verordnenden Ärzt:innen beschrieben, die zu fehlerhaft oder gar nicht ausgestellten Verordnungen führen. Drittens wird angemerkt, dass die Blankoverordnung in Einzelfällen strategisch genutzt wird, um ärztliche Budgets zu entlasten. In der Folge übernehmen die Praxen faktisch einen erheblichen Anteil an Aufklärungs- und Korrekturarbeit gegenüber der ärztlichen Versorgung.

*„ICD 10 Code passt nicht immer zur Verordnung. Und die Ärzte davon zu überzeugen, dass man dieser Diagnose nicht auf blanko verschreibt.“*

*„Ärzte versuchen Diagnosen zu nehmen, nur damit es eine Blanko-VO werden kann; alles ist plötzlich Depression oder Demenz.“*

### **6.2 Organisatorischer Mehraufwand**

Der von den Befragten eingeschätzte organisatorische Mehraufwand je Blankoverordnung verteilt sich wie folgt: 47 % der Teilnehmenden geben einen Aufwand von 15 bis 30 Minuten an, 23 % von mehr als 30 Minuten und 29 % von bis zu 15 Minuten. Bei 70 % der Befragten entsteht somit ein zusätzlicher organisatorischer Aufwand, der die im Rahmen der Versorgung nach § 125 SGB V vergüteten 15 Minuten Vor- und Nachbereitungszeit deutlich übersteigt (siehe Abbildung 6).

Aus Sicht des DVE zeigen diese Umfrageergebnisse die Sinnhaftigkeit der mit der Blankoverordnung eingeführten versorgungsbezogenen Pauschale auf. Der erhöhte organisatorische Aufwand entsteht insbesondere durch die erweiterte Dokumentation und ergotherapeutische Diagnostik, die mehrstufige Prüfung der Verordnungen sowie den erhöhten Aufklärungs- und Kommunikationsbedarf gegenüber den Klient:innen und den verordnenden Ärzt:innen. Die versorgungsbezogene Pauschale trägt diesem strukturell höheren Aufwand vergütungsseitig Rechnung und schafft damit die wirtschaftliche Grundlage für eine sachgerechte Umsetzung der Blankoverordnung in der Versorgungspraxis.

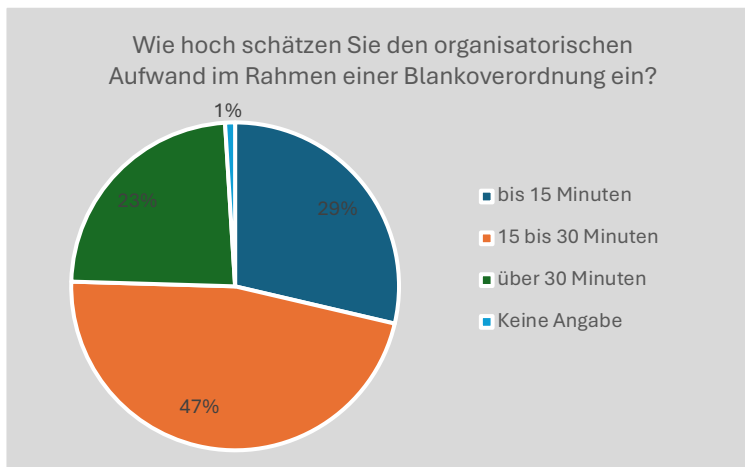


Abbildung 6: Auswertung aus der DVE-Umfrage zum organisatorischen Aufwand im Rahmen der Blankverordnung (n=1630)

## 7 Fazit

Die vorliegende Stellungnahme des DVE kommt auf Grundlage der DVE-Umfrage, der HIS-Daten des GKV-Spitzenverbandes sowie der Rückmeldungen aus der Versorgungspraxis zu einer differenzierten, jedoch in der Gesamttendenz eindeutig positiven Bewertung der Blankverordnung gemäß § 125a SGB V.

Die Blankverordnung hat sich innerhalb von weniger als zwei Jahren als feste Versorgungsform in der Ergotherapie etabliert und wird von der Versorgungspraxis aktiv und verantwortungsvoll genutzt. Die Daten belegen keinen künstlichen Behandlungsbedarf und keine unverhältnismäßige Mengenausweitung: Rund 98 % aller Blankverordnungen verbleiben stabil in der grünen Ampelphase; die Zeitintervallwerte haben sich auf diagnosegruppenspezifisch plausiblen Niveaus eingependelt. Die Ergotherapeut:innen nutzen die gewährten Versorgungsspielräume reflektiert und bedarfsorientiert – nicht zum Zweck der Leistungsausweitung, sondern zur Qualitätsverbesserung im Therapieprozess. Der fachliche Mehrwert der Blankverordnung ist dabei deutlich erkennbar: 69 % der befragten Ergotherapeut:innen berichten von positiven Auswirkungen auf die Erreichung der Behandlungsziele, 67 % von einer verbesserten Klientenzufriedenheit. Die eigenständige Steuerung von Behandlungsfrequenz und therapeutischer Maßnahme ermöglicht eine Versorgung, die dem tatsächlichen Therapieverlauf und den individuellen Bedarfen der Klient:innen folgt – und darin liegt der zentrale Versorgungsvorteil der Blankverordnung gegenüber der Regelversorgung nach § 125 SGB V.

Gleichwohl bestehen weiterhin relevante Umsetzungsbarrieren, insbesondere hinsichtlich eingeschränkter Terminkapazitäten infolge des Fachkräftemangels, eines erhöhten

Verwaltungs- und Dokumentationsaufwands sowie Informationsdefiziten auf Seiten der verordnenden Ärzt:innen. Der DVE empfiehlt, diese Barrieren gezielt zu adressieren und die Rahmenbedingungen der Blankverordnung entsprechend weiterzuentwickeln. Eine Überregulierung oder Einschränkung des bestehenden Ampelsystems wäre zum jetzigen Zeitpunkt fachlich nicht begründbar und würde den erzielten Versorgungsfortschritt gefährden.

Vor diesem Hintergrund sieht der DVE die Blankverordnung als eine versorgungsrelevante und fachlich bewährte Erweiterung der ergotherapeutischen Heilmittelversorgung, deren Fortführung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung er ausdrücklich befürwortet.