

Die neue Heilmittelrichtlinie

Überblick über die Änderungen zum 1. Oktober 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits im September des vergangenen Jahres eine neue Heilmittelrichtlinie auf den Weg gebracht, die nun am 1. Oktober dieses Jahres in Kraft tritt. Sie bringt zahlreiche wichtige Neuerungen und Änderungen und in vielerlei Hinsicht zu begrüßende Vereinfachungen für die Therapeutinnen und Therapeuten mit sich. Die wichtigsten Änderungen wollen wir Ihnen im Folgenden vorstellen.

Schlucktherapie als eigenständiges Heilmittel anerkannt

Die Schlucktherapie wird als eigenständige Behandlung in der Heilmittel-Richtlinie (§§ 2, 30 und 33a) ausgewiesen und kann als eigenständige Therapiemaßnahme verordnet werden. Eine Behandlung mittels Schlucktherapie kann künftig eindeutig auf der Verordnung kenntlich gemacht werden. Aufgrund dieser Erweiterung wird unser Heilmittelbereich in der Richtlinie künftig als Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie benannt.

- **KOMMENTAR:** Die Berücksichtigung der Schlucktherapie bringt mehr Klarheit für Patienten und Therapeuten. Trotz der begrifflichen Erweiterung bleibt es allerdings bei einer unzureichenden Reduzierung auf Einzelleistungen, die aus unserer Sicht besser unter einem allgemein verständlichen Oberbegriff wie Logopädie einzuordnen wären.

Regelfallsystematik wird abgeschafft

Die äußerst komplizierte und fehleranfällige Regelfallsystematik (§§ 7 u. 8 alte Fassung) wird aufgehoben. Es wird künftig nicht mehr unterschieden in Erstverordnung, Folgeverordnung und gegebenenfalls anschließender Verordnung außerhalb des Regelfalles. Stattdessen sieht der neue § 7 einen Verordnungsfall und daran geknüpft eine sogenannte „orientierende Behandlungsmenge“ vor. Die Verordnung außerhalb des Regelfalles, bisher in § 8 geregelt, entfällt. Der Begriff des „Regelfalles“ wird durch „Verordnungsfall“ abgelöst.

Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden soll. Sie ergibt sich indikationsbezogen aus dem überarbeiteten Heilmittelkatalog. Der verordnende Arzt orientiert sich an der vorgegebenen Behandlungsmenge (z.B. 60 TE bei SP1), allerdings kann er/sie von dieser abweichen, wenn es medizinisch geboten ist.

Konnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht er-

reicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind.

Dabei darf jedoch die im Heilmittelkatalog festgelegte zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung nicht überschritten werden. Grundsätzlich entfallen zukünftig das Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen und die medizinische Begründungspflicht durch den Arzt. Der Arzt nimmt die medizinischen Gründe lediglich in seine Patientendokumentation auf.

- **KOMMENTAR:** Durch die neue Systematik dürfte das Risiko ungenauer oder fehlerhafter Verordnungen deutlich sinken, z.B. das Ausstellen einer Folgeverordnung, obwohl der ehemals als solcher bezeichnete Regelfall bereits überschritten ist. Zeitaufwändige Rückfragen beim Vertragsarzt oder Absetzungen durch die Krankenkassen werden vermieden.

Ein neuer Verordnungsfall tritt erst wieder ein, wenn seit dem Datum der letzten Verordnung ein Zeitraum von 6 Monaten vergan-

gen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde. Es findet also nicht mehr eine Anknüpfung an ein behandlungsfreies Intervall von mindestens 12 Wochen statt, sondern eine Anknüpfung an die zuletzt ausgestellte Verordnung unabhängig vom letzten Behandlungstermin. Überdies ist nun in § 7 Abs. 3 klargestellt, dass der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge auf die jeweils verordnende Ärztin oder den jeweils verordnenden Arzt bezogen sind.

Gleichstellung langfristiger Heilmittelbedarf und besonderer Verordnungsbedarf

Patienten mit langfristigem Heilmittelbedarf können auch zukünftig Verordnungen über den Heilmittelbedarf über 12 Wochen erhalten. Neu ist, dass dies nun auch für Versicherte mit besonderem Verordnungsbedarf (§ 106b Abs. 2, S. 4 SGB V) gleichermaßen gilt: Für beide Patientengruppen muss die orientierende Behandlungsmenge (früher: der Regelfall) nicht vorher durchlaufen werden, sondern es können sofort Heilmittel für eine Behandlungsdauer von bis zu zwölf Wochen verordnet werden (§ 7 Abs. 6). Auf den zuvor nicht in der Heilmittelrichtlinie erwähnten § 106b Abs. 2 SGB V, der den besonderen Ver-

azh: Das müssen Sie ab dem 1. Oktober 2020 bei der Abrechnung logopädischer Leistungen beachten

Bestehende Praxisprozesse und Bearbeitungsschritte müssen aufgrund der neuen Vorgaben überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Sowohl die Angaben seitens der verordnenden Ärzte, als auch die Eintragungen des behandelnden Leistungserbringers auf dem neuen Muster 13 müssen ab dem Stichtag (eine Übergangsfrist ist bisher nicht bekannt) korrekt vermerkt sein, um die Erstattung seitens der Kostenträger zu gewährleisten.

Bei fehlenden oder falschen Angaben des Arztes kann eine Heilmittelverordnung korrigiert werden. Bitte beachten Sie dazu die Regelungen in der Anlage 3 zur Heilmittelrichtlinie sowie eventuelle diesbezügliche rahmenvertragliche Regelungen. Änderungen können je nach Vorgabe geändert werden mit erneuter Arztunterschrift, im Einvernehmen des Arztes oder mit Information an den Arzt seitens des Leistungserbringers.

NOVENTI azh-Service für dbI-Mitglieder

Die nebenstehende konkrete Anleitung zur korrekten Abrechnung mit dem neuen Muster 13 können Sie kostenfrei bestellen unter www.azh.de/rezeptposter. Einfach Formular ausfüllen und elektronisch oder als A3-Poster zusenden lassen.

↳ www.azh.de/rezeptposter

Darüber hinaus bietet die azh Ihnen im August und September die kostenfreie Teilnahme an Webinaren zum Umgang mit der neuen Heilmittelrichtlinie an. Hier finden Sie die Termine und die Anmeldemodalitäten:

↳ www.azh.de/heilmittelrichtlinie

› Bitte beachten Sie, dass diese allgemeinen Regelungen zu einem späteren Zeitpunkt noch durch die Regelungen ergänzt werden, die zurzeit noch Gegenstand der Vertragsverhandlungen des dbI mit dem GKV-Spitzenverband sind.

Abrechnung Muster 13 – So wird's gemacht!

Informationen zu unseren Services für eine bequeme Abrechnung mit Auszahlung zum Wunschtermin erhalten Sie unter (089) 9 21 08 - 444

Gültig ab dem 1.10.2020

Vorderseite

Eintragungen des Arztes – bitte prüfen!

- 1 Angaben zum Versicherten**
Bitte Vollständigkeit der Angaben prüfen.
- 2 Betriebsstätten- und Arztnummer**
Die BSNR und LANR müssen vom Arzt angegeben werden.
- 3 Ausstellungsdatum**
Fehlt dieses, ist das Rezept grundsätzlich ungültig. Bitte in diesem Fall das Datum vom Arzt mit Unterschrift nachtragen lassen.
Die Frist zum Behandlungsbeginn ist 28 Tage.
- 4 Zuzahlung**
Die Angabe „pflichtig“ oder „frei“ muss der Arzt deutlich erkennbar vorgeben. Bei Zuzahlungsbefreiung empfehlen wir Ihnen, sich die gültige Befreiungsbescheinigung vom Patienten vorlegen zu lassen.
- 5 Auswahl des Heilmittelbereichs**
Es darf pro Verordnung nur eine Heilmittelart ausgewählt sein.
- 6 Behandlungsrelevante Diagnosen**
Die Diagnose ist grundsätzlich in Form des therapielevanten ICD-Schlüssels anzugeben. Ein zweiter ICD-10 Code ist nur im Fall eines besonderen Verordnungsbedarfes notwendig. Freitext (6a) ist kein Pflichtfeld und nicht zwingend erforderlich.
- 7 Diagnosegruppen**
Muss nach Vorgabe des Heilmittelkataloges (z.B.: WS, EX, etc.) angegeben sein.
- 8 Leitsymptomatik**
Eine oder mehrere verordnungs begründende Leitsymptomatik/en sind vom Arzt nach Maßgabe des Heilmittelkataloges buchstabenkodiert (a, b oder c) oder als Klartext anzugeben.
Auch eine patientenindividuelle Beschreibung (8a) ist möglich.
- 9 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**
Es können bei Physio- und Ergotherapie bis zu drei vorrangige Heilmittel verordnet werden. Bei Logopädie sind verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- u. Gruppentherapie in Kombination möglich.
- 10 Behandlungseinheiten**
Die Höchstverordnungsmenge laut Heilmittelkatalog darf pro Verordnung nicht überschritten werden. Bei der Verordnung von mehreren vorrangigen Heilmitteln muss die Behandlungsmenge aufgeteilt werden.
- 11 Ergänzendes Heilmittel**
Ein ergänzendes Heilmittel darf maximal bis zur Summe der Behandlungsmenge der vorrangigen Heilmittel verordnet werden. Es kann maximal ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden.
- 12 Therapiefrequenz**
Frequenzempfehlungen sind im HMK vorhanden. Der Arzt kann jedoch in medizinisch begründeten Fällen ohne zusätzliche Dokumentation auf der Verordnung hiervon abweichen.
Eine Änderung kann durch den Therapeuten, im Einvernehmen mit dem Arzt, ohne erneute ärztliche Unterschrift erfolgen und muss auf der Rückseite dokumentiert werden.

Tipp: Änderungen der Heilmittelverordnung

Bei fehlenden oder falschen Angaben des Arztes kann eine Heilmittelverordnung korrigiert werden. Bitte beachten Sie dazu die Regelungen in der Anlage 3 zur Heilmittelrichtlinie sowie eventuelle rahmenvertragliche Regelungen.

Mit erneuter Arztunterschrift:

- Fehlende, unvollständige oder unplausible Angaben zum Versicherten (s. 1)
- Änderung des Hausbesuches auf „ja“ (s. 14)
- Kennzeichnung des dringlichen Behandlungsbedarfs (s. 15)
- Heilmittel fehlt oder ist in Diagnosegruppe nicht verordnungsfähig (s. 9)
- Diagnose und Diagnosegruppe (s. 6 u. 7)
- Anzahl der Behandlungseinheiten fehlt (s. 10)

Im Einvernehmen des Arztes:

- Änderung von Einzel- auf Gruppentherapie nach Zustimmung des Versicherten (s. 25)
- Ggfs. Ergänzende Angaben zum Heilmittel (s. 9)
- Therapiefrequenz (s. 12)
- Leitsymptomatik nach HMK (s. 8)
- Therapiebericht (s. 13)

Information an den Arzt:

- Heilmittelbereich (s. 5)
- Anzahl der Behandlungseinheiten bei Überschreitung laut HMK (s. 10)
- Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie (s. 25)

The image shows the front page of the 'Heilmittelverordnung 13' form. It is a structured document with various fields for medical and administrative data. Key sections include:

- 1**: Angaben zum Versicherten (Patient data)
- 2**: Betriebsstätten- und Arztnummer (Practice and doctor numbers)
- 3**: Ausstellungsdatum (Issue date)
- 4**: Zuzahlung (Co-payment)
- 5**: Auswahl des Heilmittelbereichs (Selection of therapy area)
- 6**: Behandlungsrelevante Diagnosen (Treatment-relevant diagnoses)
- 7**: Diagnosegruppen (Diagnosis groups)
- 8**: Leitsymptomatik (Lead symptoms)
- 9**: Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (Therapies according to catalog)
- 10**: Behandlungseinheiten (Treatment units)
- 11**: Ergänzendes Heilmittel (Additional therapy)
- 12**: Therapiefrequenz (Therapy frequency)
- 13**: Therapiebericht (Therapy report)
- 14**: Hausbesuch (Home visit)
- 15**: Dringlicher Behandlungsbedarf (Urgent need for treatment)
- 16**: Ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise (Therapy goals, etc.)
- 17**: Stempel und Unterschrift des Arztes (Stamp and doctor's signature)
- 18**: IK des Leistungserbringers (IC of provider)

The image shows the back page of the 'Heilmittelverordnung 13' form. It contains sections for provider information, billing, and patient consent:

- 19**: Empfangsbestätigung durch den Versicherten (Confirmation of receipt by patient)
- 20**: Datum der Leistungsgabe (Date of service)
- 21**: Maßnahmen (Measures)
- 22**: Leistungserbringer (Provider)
- 23**: Rechnungsnummer (Invoice number)
- 24**: Rechnungsgruppe (Billing group)
- 25**: Abrechnung des Heilmittelersbringers (Billing of provider)
- 26**: Angabe der Positionierung und Taxierung (Positioning and taxation)
- 27**: Angabe der Werte zur Mitarbeiterstatistik (Values for staff statistics)

- 13 Therapiebericht**
Optional wenn ein Therapiebericht vom Arzt angefordert wird.
- 14 Hausbesuch**
Die Angabe muss zwingend mit „ja“ oder „nein“ vom Arzt angekreuzt sein.
- 15 Dringlicher Behandlungsbedarf**
Ist dieses Feld angekreuzt, muss innerhalb von 14 Kalendertagen mit der Behandlung begonnen werden. Eine Fristüberschreitung ist nicht zulässig. Eine Korrektur kann nur durch den Arzt erfolgen. Ohne die Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs hat die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung zu beginnen. Nach Ablauf der genannten Zeiträume verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
- 16 Ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise**
Kann vom Arzt optional für weitere medizinisch relevante Details genutzt werden. Es kann vom Arzt auch ein Beiblatt verwendet werden.
- 17 Stempel und Unterschrift des Arztes**
Zwingend erforderlich, da die Verordnung ansonsten ungültig ist. Der Stempel kann auch maschinell eingedruckt werden.
- 18 IK des Leistungserbringers**
Bitte tragen Sie Ihre IK-Nummer auf der Vorderseite der Verordnung ein. Kunden der NOVENTI azh srzh zrk können dieses Feld leer lassen.

Rückseite

Eintragungen des Leistungserbringers

- 19 Datum der Leistungsgabe**
Datum der tatsächlichen Leistungsgabe muss angegeben werden. Änderungen können nur nach erneuter Unterschrift des Patienten vorgenommen werden
- 20 Maßnahmen**
Bitte Maßnahmen (auch HB) leserlich angeben und Begründungen bei Behandlungsunterbrechungen berücksichtigen. Abkürzungen laut Heilmittelkatalog verwenden.
- 21 Leistungserbringer**
Hier ist das Kürzel des behandelnden Leistungserbringers vorgesehen (Stand 06.08.2020). Eine Verpflichtung zur Eintragung ist derzeit noch nicht abschließend geregelt.
- 22 Unterschrift des Versicherten**
Bitte lassen Sie den Patienten die erfolgten Leistungen unterschreiben. Bei abweichenden Unterschriften (z.B. Pfleger, Angehöriger) ergänzen Sie bitte einen erklärenden Vermerk.
- 23 Rechnungs- und Belegnummer**
Als Kunde der NOVENTI azh srzh zrk können Sie diese Felder freilassen. Den Eintrag übernimmt die NOVENTI azh srzh zrk.
- 24 Behandlungsabbruch**
Datum und Begründung müssen vom Leistungserbringer eingetragen werden.
- 25 Abweichung der Frequenz/ Änderung in Gruppen- oder Einzeltherapie**
Hier müssen die Änderungen dokumentiert werden. Gemäß Anlage 3 zur neuen Heilmittelrichtlinie können diese Änderungen ohne erneute Unterschrift des Arztes durchgeführt werden. Bitte beachten Sie den Tipp: Änderungen der Heilmittelverordnung.
- 26 Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers**
Diese sind seitens des Leistungserbringers (Behandler oder Praxisinhaber) Voraussetzung, um die Verordnung abzubrechen.
- 27 Angabe der Positionierung und Taxierung**
Für die Positionierung und Taxierung gibt es keine expliziten Felder. Die Angabe der Positionen ist aber zwingend für die Abrechnung notwendig. Bitte machen Sie eine freie Angabe auf der Rückseite der Verordnung mit Gesamtzahlung und Brutto (s. Beispiel).
- Hinweis für Nutzer der Praxissoftware azh TIM und prothea:**
Ihre Branchensoftware generiert eine ID welche auf die Verordnung aufgedruckt wird (s. Beispiel 27a). Diese Daten können von NOVENTI azh srzh zrk für die Abrechnung abgerufen werden.
- 28 Angabe der Werte zur Mitarbeiterstatistik**
Die Mitarbeiterstatistik wird nach wie vor auf der Vorderseite der Verordnung angegeben.

Stand: August 2020



NOVENTI HealthCare GmbH
Einsteinring 41-43 | 85609 Aschheim bei München
(089) 9 21 08-444 | www.azh.de

NOVENTI

azh srzh zrk

ordnungsbedarf regelt, wird nun auch ausdrücklich in der neuen Heilmittelrichtlinie Bezug genommen.

- KOMMENTAR: Durch die Verankerung in der Heilmittelrichtlinie ist mit einer besseren Akzeptanz des „besonderen Verordnungsbedarfs“ in der Ärzteschaft zu rechnen. Bislang haben nicht wenige Ärzte diese extrabudgetäre Verordnungsform außerhalb der Heilmittelrichtlinie nur sehr zurückhaltend oder gar nicht genutzt.

Flexiblere Angaben zur Leitsymptomatik

Die Angaben zur Leitsymptomatik werden wesentlich flexibler (§ 13 Abs. 2 Ziff. I). Es können künftig mehrere unterschiedliche Leitsymptomatiken auf einer Verordnung angegeben werden. Außerdem kann der Arzt künftig alternativ eine patientenindividuelle Leitsymptomatik formulieren. Dabei müssen die individuellen Angaben die Leitsymptomatik des Heilmittel-Katalogs „widerspiegeln“. In solchen Fällen brauchen Ärzte nicht zusätzlich die Leitsymptomatik nach dem Heilmittel-Katalog auf der Verordnung anzugeben. Die Leitsymptomatik ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik a), b), c) oder als Klartext anzugeben. Die patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung des Patienten handlungsleitend ist, wird als Freitext angegeben. Zusätzlich können auf der Verordnung Therapieziele angegeben werden.

- KOMMENTAR: Um erkennen zu können, welche Leitsymptomatik sich hinter dem/den Buchstabe/n verbirgt, ist therapeutenseitig das Nachschlagen im Heilmittelkatalog erforderlich. Geprüft werden muss, ob überhaupt eine Leitsymptomatik angegeben ist und ob diese zur Diagnostikgruppe passt.

Gleichzeitiges Verordnen mehrerer Heilmittel möglich

Der Verordnungsfall umfasst wie bisher alle Heilmittelbehandlungen für eine Patientin oder einen Patienten aufgrund derselben Diagnose (d.h. die ersten drei Stellen des ICD-10-GM-Codes sind identisch) und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog. Dies gilt auch, wenn innerhalb des Verordnungsfalles unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen. Die Angabe des Heilmittels setzt sich zusammen aus der Art der Therapie, der Therapiezeit, der Wahl zwischen Einzel- und Gruppentherapie und einer möglichen Aufteilung der Behandlungsmengen. Der Arzt hat somit nun die Möglichkeit, innerhalb der Verordnungshöchstmengen (beispielsweise max. 10 TE pro VO) eine Aufteilung für RE1 z.B. wie folgt vorzunehmen:

Sprechtherapie/45 Min./Einzel/5x
Sprechtherapie/90 Min./Gruppe/5x
Oder für ST2:

Stimmtherapie/45 Min./Einzel/6x
Sprechtherapie/30 Min./Einzel/4x
usw.

- KOMMENTAR: Der Arzt kann also faktisch in die bisherige Autonomie der Therapeutin eingreifen, wenn er sich die Mühe dazu machen möchte. Es ist davon auszugehen (und zu hoffen), dass die meisten Ärzte diesen fachlichen Aufwand in unserem Bereich nicht betreiben werden, die Aufteilung gar nicht nutzen und auch zukünftig den LogopädInnen die Kompetenz und Autonomie im therapeutischen Vorgehen überlassen werden.

Klarstellende Regelung: Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Regel-Kitas und Schulen möglich

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen aller Schweregrade besuchen heute nicht nur Fördereinrichtungen, sondern zunehmend Regelschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten, in denen sie ganztägig betreut sind und speziell gefördert werden. Deshalb kann die Erbringung von Heilmitteln bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung mit und ohne behördlich festgestellten Förderstatus, der je nach Landesrecht bestimmt wird, auch innerhalb der oben genannten Einrichtungen stattfinden, sofern die Voraussetzungen, z.B. ein geeigneter Raum für die Therapie, dort gegeben sind. Das Vorliegen eines Förderstatus allein begründet nicht die Verordnung von Heilmitteln und deren Erbringung in der Tageseinrichtung. Stets muss ein Behandlungsbedarf im Sinne der Richtlinie vorliegen und die Behandlung wegen des Vorliegens einer Behinderung dort notwendig sein.

- KOMMENTAR: Die Regelung sorgt für mehr Rechtssicherheit für Therapeutinnen und Therapeuten. Therapien können bereits jetzt an (inkluisiven) Regelschulen, stattfinden, doch sorgt die fehlende Verankerung in der Heilmittelrichtlinie immer wieder für Unsicherheit. Oftmals mussten bei den Krankenkassen Genehmigungen eingeholt werden. Die Regelung ändert nichts daran, dass alle anderen Kinder mit Heilmittelbedarf, z.B. einer diagnostizierten Sprachentwicklungsstörung (sog. „Regelkinder“), nach wie vor nicht berücksichtigt sind.

Flexiblere Behandlungsfrequenzen

Die Frequenzempfehlungen werden im Heilmittelkatalog als einheitliche Frequenzspannen hinterlegt, z.B. „1-3 mal wöchentlich“.

- Kommentar: Hierdurch können Behandlungstermine flexibler abgestimmt werden, Unterbrechungen aufgrund von planbaren Terminen, wie z.B. Urlaub können vermieden werden.

Spätester Behandlungsbeginn nach 28 Tagen

Eine Behandlung darf künftig spätestens nach 28 Tagen anstatt der bisherigen 14 Tage begonnen werden (§ 15). Bei dringendem Behandlungsbedarf kann der Arzt auf dem neuen Verordnungsvordruck (s. u.) ein entsprechendes Feld ankreuzen. Dann ist mit der Behandlung weiterhin nach 14 Tagen zu beginnen. Die Möglichkeit der Benennung eines konkreten Datums für den spätesten Behandlungsbeginn entfällt.

- Kommentar: Auch diese Regelung bringt mehr Flexibilität: der Patient hat mehr Zeit, die Behandlung zu beginnen und die Therapeuten sind flexibler bei der Terminplanung.

Neuer einheitlicher Vordruck für alle Heilmittel

Die Anpassungen erfordern einen neuen Verordnungsvordruck, der nunmehr für alle Heilmitteldisziplinen einheitlich ist (siehe Muster auf Seite 43).

Blankverordnungen werden erst später geregelt

In § 13a wird die Möglichkeit einer Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelbringern „Blankverordnung“ eingeführt. § 13a räumt dem Heilmittelbringer die Möglichkeit ein, auf einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten zu entscheiden. Die Blankverordnung ist maximal 16 Wochen ab Verordnungsdatum gültig. Die entsprechenden Verträge zwischen dem GVK-Spitzenverband und den maßgeblichen Berufsverbänden müssen bis zum 15. März 2021 geschlossen werden.

- KOMMENTAR: Mit der Blankverordnung ist auch die Verantwortung für das Heilmittelbudget verbunden mit weitreichenden Folgen und Aspekten, die an dieser Stelle nicht im Einzelnen aufgeführt werden können. Deshalb werden wir uns diesem Thema in einer der nächsten Ausgaben ausführlich widmen.