

Was ist neu an der Heilmittel-Richtlinie?¹

Heilmittel-Richtlinie = **HMR** = | Heilmittel-Katalog = **HMK** | Verordnung = **VO** | Regelfall = **RF** | außerhalb des Regelfalls = **adRF** | Behandlungseinheiten = **BE** | Besonderer Verordnungsbedarf = **BVB** | Langfristiger Heilmittelbedarf = **LHM**

Allgemeine Grundsätze	
Alt	Neu
§ 1 Grundlagen → <i>im Wesentlichen unverändert</i>	§ 1a Der ICD wird jährlich angepasst und aktualisiert
	§ 2 Das Heilmittel Physikalische Therapie wird durch Physiotherapie, die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie wird durch Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ersetzt.

B. Grundsätze der Heilmittel-VO	
3 § Voraussetzungen der VO	
Alt	Neu
→ <i>bleibt im Wesentlichen unverändert</i>	Abs. 3 Die Versicherte oder der Versicherte soll die Ärztin oder den Arzt im Rahmen ihrer bzw. seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren. → <i>Ärztinnen sollen sich zukünftig über Vorbehandlungen ihrer Patienten informieren und Versicherte werden verpflichtet Auskunft darüber zu erteilen.</i>
	Abs. 5 Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder /strukturellen Schädigungen, und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren. → <i>Das bedeutet, liegt keine konkrete Diagnose vor oder ist im HMK keine Einteilung zu finden, kann sich die Ärztin auch an der Leitsymptomatik orientieren und dementsprechend die Diagnosegruppe bzw. den Indikationsschlüssel und die Maßnahme wählen.</i>

¹ Wir wollen Ihnen das Lesen erleichtern. Deshalb verwenden wir bei den Personenbezeichnungen in der Einzahl die weibliche, in der Mehrzahl die männliche Form. Gemeint sind selbstverständlich immer Menschen beiderlei Geschlechts.

§ 4 Heilmittelkatalog	
Alt	Neu
<p>→ bleibt im Wesentlichen unverändert</p> <p>→ Fälschlicherweise gingen viele Ärzte oder auch Heilmittelerbringer davon aus, dass nur die im HMK aufgeführten Diagnosen verordnungsfähig sind.</p>	<p>→ Hier wird klargestellt, dass die „abgebildeten Beispieldiagnosen“ nicht abschließend sind.</p>
<p>Angabe der Leitsymptomatik</p> <p>Die Leitsymptomatik ist eine Pflichtangabe und musste als Klartext auf der VO von der Ärztin stets angegeben werden.</p> <p>Hierbei kam es immer wieder zu Schwierigkeiten. Die Leitsymptomatik fehlte oder war fehlerhaft.</p>	<p>→ Im neuen HMK gibt es jetzt auch in der Ergotherapie für jede Diagnosegruppe/jeden Indikationsschlüssel Buchstaben-Kürzel für die Leitsymptomatik.</p> <p>Auf der VO gibt es dazu vier Kästchen, (<input type="checkbox"/> a, <input type="checkbox"/> b, <input type="checkbox"/> c und <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Symptomatik), die von der Ärztin einzeln oder in Kombination angekreuzt werden können.</p> <p><u>Beispiel aus dem neuen HMK - EN1:</u></p> <p>a) Schädigung der Bewegungsfunktionen - unwillkürliche Bewegungsreaktion (z. B. Gleichgewicht), - Kontrolle von Willkürbewegungen (z. B. Grob- und Feinmotorik, Koordination) - Funktion der Muskelkraft, -tonus, (z .B. Hemi-, Tetraparese, Spastik)</p> <p>b) Schädigung der Sinnesfunktionen - Gesichtsfeld, Körperwahrnehmung - Sensibilität, Propriozeption</p> <p>c) Schädigung der mentalen Funktionen - Aufmerksamkeit, Gedächtnis - Psychomotorik, Wahrnehmung - Höhere kognitive Funktionen</p> <p>x) [patientenindividuelle Symptomatik]</p>

§ 6a Ärztliche Diagnostik
<p>→ hat sich inhaltlich nicht geändert, es wurden lediglich die §§ 26, 29, 34 und 41 unter § 6a zusammengefasst.</p>

§ 7 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstverordnungsmenge je VO	
Alt	Neu
<p>Regelfall, Erst- und Folge-VO</p> <p>→ Die HMR ging von der Vorstellung aus, dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge eines Regelfalls das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann.</p>	<p>Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je VO</p> <p>→ Ab 01.01.2021 fallen Erst-, Folge-VO und VOadRF weg.</p> <p>→ Es gibt nur noch einen VO-fall, der alle Heilmittel</p>

<p>Nach einer Erstverordnung galt jede VO zur Behandlung derselben Erkrankung (desselben Regelfalls) als Folge-VO mit ggf. anschließender VOadRF.</p> <p>Dies galt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik änderte und unterschiedliche ergotherapeutische Maßnahmen zum Einsatz kamen.</p> <p>Folge-VO konnten nach Maßgabe des HMK bis zur Erreichung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausgestellt werden.</p>	<p>telbehandlungen für eine Patientin umfasst, aufgrund einer Diagnose (d.h. die ersten 3 Stellen des ICD-10-Codes müssen identisch sein) und derselben Diagnosegruppe, gemäß HMK.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Statt Gesamtverordnungsmenge gibt es eine „orientierende Behandlungsmenge“ je VO-fall. Die Höchstmenge je VO ist im HMK festgelegt und muss eingehalten werden. → Der VO-fall und die orientierende Behandlungsmenge gemäß HMK beziehen sich auf die jeweils verordnende Ärztin. Das bedeutet: Ab 01.01.2021 gilt, neue Ärztin neuer VO-fall. → Ein neuer VO-fall tritt erst ein, wenn seit dem letzten Verordnung-/Ausstellungsdatum ein Zeitraum von 6 Monaten vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen VO-fall ausgestellt wurde.
<p>§ 7 Gesamtverordnungsmenge (Abs. 5 und 6):</p> <p>→ Bisher gab es je Indikationsschlüssel eine Gesamtverordnungsmenge im RF. Alle VO danach mussten adRF ausgestellt werden, wenn die Gesamtverordnungsmenge ausgeschöpft war. Außerdem musste jede VOadRF, je nach Krankenkasse, vor Behandlungsbeginn genehmigt werden.</p>	<p>Kann das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind weitere darüber hinausgehende VO möglich, die demselben VO-fall zuzuordnen sind. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, um Rezidive oder neue Erkrankungsphasen handelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Die VO-menge kann hier nicht mehr auf 12 Wochen ausgelegt werden. Es gilt die Verordnungsmenge gemäß HMK je VO. → Sind weitere Behandlungen (über die orientierenden Behandlungsmenge hinaus) erforderlich, sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation der Ärztin zu übernehmen. <p>→ Ausnahme: Nur für Versicherte mit Diagnosen aus der Liste BVB und LHM, gelten die gleichen Regeln und die Verordnungsmenge kann für eine Behandlungsdauer für bis zu 12 Wochen angepasst werden. Bsp.: Verordnungsmenge : Frequenz = 12 (Wochen)</p> <p>Soweit verordnete Behandlungseinheiten innerhalb des 12 Wochen Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden, behält die Verordnung unter Berücksichtigung des § 16 Absatz 4 ihre Gültigkeit.</p>

<p>§ 10 Einzelbehandlung, Gruppenbehandlung</p>	
<p>Alt</p>	<p>Neu</p>
<p>→ Gruppentherapie ankreuzen</p>	<p>→ Gruppentherapie wird zukünftig über die Bezeichnung des Heilmittels gemäß HMK definiert.</p> <p>Beispiel SB1 Vorrangige Heilmittel - Motorisch-funktionelle Behandlung</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Motorisch-funktionelle Behandlung Gruppe <p>Ergänzende Heilmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thermische Anwendungen
	<p>→ Im neuen HMK gibt es jetzt auch in der Ergotherapie Buchstaben-Kürzel für die Leitsymptomatik. Es muss also jedes der 4 Kästchen ausgefüllt sein. Leitsymptomatik ist nach dem neuen HMK „Schädigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/ Teilhabe“.</p>

§ 11 Ort der Leistungserbringung	
Alt	Neu
<p>→ Abs. 1 bleibt bestehen: Die Verordnung eines Hausbesuchs ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.</p>	
<p>§ 11 Abs. 2 Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Tageseinrichtungen</p> <p>Die Behandlung von Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, ist ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis möglich, soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. Das heißt die Voraussetzung dafür bleiben bestehen und gilt nur für Kinder und Jugendliche, bei der sich aus der ärztlichen Verordnung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder / strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt. Dies soll in der Regel bei einem behördlich festgestellten Förderstatus angenommen werden. § 6 Absatz 2 darf dem nicht entgegenstehen.</p>	<p>→ Dies können jetzt auch Regelkindergärten (Kindertagesstätten) oder Regelschulen sein.</p>

§ 12 Auswahl der Heilmittel	
Alt	Neu
→ Gesamtverordnungsmenge	→ wird ersetzt durch die orientierende Behandlungsmenge Die Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz) hängt bei gegebener Indikation nach § 3 Absatz 5 ab von: - der Ausprägung und Schwere der Erkrankung, - den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen, - Beeinträchtigungen der Aktivitäten und - den angestrebten Therapiezielen.
Frequenzempfehlung → Es handelt sich nach wie vor um eine Empfehlung, von der die Ärztin, je nach Indikation, abweichen kann.	Die Frequenzempfehlung gemäß Heilmittelkatalog dient der verordnenden Vertragsärztin zur Orientierung. Sie kann hiervon in medizinisch begründeten Fällen ohne zusätzliche Dokumentation auf der Verordnung abweichen .
→ vorrangige und optionale Heilmittel	→ Die optionalen Heilmittel wurden in die vorrangigen Heilmittel integriert. Bei Maßnahmen der Ergotherapie können die VO-Einheiten je Verordnung jetzt auf maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden , soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. → Soweit medizinisch erforderlich kann zu einem „vorrangigen Heilmittel maximal ein im HMK genanntes „ergänzendes Heilmittel“ (Thermische Anwendung) verordnet werden. Beispiel SB1 Vorrangige Heilmittel - Motorisch-funktionelle Behandlung - Motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Motorisch-funktionelle Behandlung Gruppe Ergänzende Heilmittel - Thermische Anwendungen
gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges	→ Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (z. B. gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie Physikalischen Therapie und Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, und Sprach- und Schlucktherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. Dabei sind jeweils getrennte Verordnungsvordrucke zu verwenden.
Doppelbehandlungen → waren bislang nicht in der HMR, sondern nur in den Verträgen des DVE mit den Krankenkassen	→ Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden. → Doch in medizinisch begründeten Ausnahmefällen, sind jetzt auch Doppelbehandlungen offiziell durch

<i>geregelt</i>	<p>die Ärztin verordnungsfähig. Die zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je VO, erhöht sich dadurch nicht.</p> <p>→ Das heißt: bei einer Doppelbehandlung werden also immer zwei Behandlungseinheiten pro Termin „verbraucht“. Die zulässige Höchstmenge je VO ändert sich dadurch nicht.</p>
-----------------	--

§ 13 Verordnungsvordruck	
Alt	Neu
<p>Muster 18 → für die Verordnung von Ergotherapie und weitere Muster für die anderen Heilmittel</p>	<p>→ Es gibt nur noch einen VO-Vordruck für alle Heilmittel (Muster 13) und dieser muss vollständig ausgefüllt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Angaben zum Personalienfeld b. Heilmittelbereich c. Hausbesuch (ja oder nein) d. Therapiebericht e. ggf. Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarf f. Anzahl der Behandlungseinheiten g. Heilmittel gemäß Katalog h. Therapiefrequenz - auch als Frequenzspanne (1-2 x) möglich i. Diagnosegruppe j. Konkrete behandlungsrelevante Diagnosen als ICD-10-Code. Hinterlegte ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden k. Leitsymptomatik. Entweder nach Buchstabenkodierung oder als Klartext. Es können auch mehrere Leitsymptomatiken und/oder auch Therapieziele angegeben werden. l. erforderlichenfalls spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde

§ 13 a Blankoverordnung	
Alt	NEU
<p>→ war bisher nicht möglich</p>	<p>→ In den Rahmenverträge, § 125 a SGB V, werden mögliche Diagnosen vereinbart, auf deren Basis eine Blankverordnung möglich ist.</p> <p>Das bedeutet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommt ein Patient mit einer Blanko-VO, entscheidet die Ergotherapeutin, aufgrund der Diagnose, selbstständig über die Art, Dauer, auch über die Frequenz der Behandlungseinheiten. ▪ Der Behandlungsbeginn muss auch hier eingehalten werden. Maximal sind die Blanko-VO max. 16

	<p><i>Wochen gültig.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Auswahl der Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog, der Dauer und Frequenz der Therapie durch die Therapeutin oder den Therapeuten sprechen, sind auch bei Indikationen nach § 125a SGB V alle Angaben nach § 13 Absatz 2 zu machen.</i> <p><i>→ Leider ist momentan noch unbekannt, ob es dafür ein separates Verordnungsformular gibt oder nicht. Klar ist, dass diese VO nicht in das Budget des Arztes fallen.</i></p>
--	--

§ 15 Beginn der Heilmittelbehandlung	
Alt	Neu
<p>Mit der Behandlung muss innerhalb von 14 Kalendertagen begonnen werden.</p> <p>Ist dies nicht möglich, verliert die VO ihre Gültigkeit. Wenn diese Frist nicht eingehalten werden konnte, gab es Änderungsmöglichkeiten:</p> <p>Alle Rahmenverträge, die der DVE abgeschlossen hat, enthielten eine Regelung aus den Rahmenempfehlungen, die es in Einzelfällen ermöglicht, dass die Therapie auch später als 14 Tage nach Ausstellung der Verordnung begonnen/fortgesetzt werden kann.</p>	<p>Abs. 1.: Die Behandlung hat innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu beginnen. Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, hat die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen. Dies ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.</p> <p>Abs. 2: Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nach Abs. 1 nicht aufgenommen werden, verliert die VO ihre Gültigkeit.</p>

§ 16a Verordnung von Heilmittel im Rahmen des Entlassmanagement
<p>→ keine wesentlichen Änderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Heilmittelbehandlung muss abweichend von § 15 innerhalb von sieben Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aufgenommen werden ▪ und darüber hinaus innerhalb von zwölf Kalendertagen nach der Entlassung abgeschlossen sein. ▪ Die nicht innerhalb von zwölf Kalendertagen in Anspruch genommenen Behandlungseinheiten verfallen. ▪ Wird eine Heilmittelbehandlung nicht innerhalb von sieben Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. ▪ Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements rechtzeitig die weiterbehandelnde Vertragsärztin Vertragsarzt über die getätigten Verordnungen zu informieren. 2§ 11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt. <p>Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechend für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach den § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.</p>

Pflichtangaben - Abrechnungshinweise - Absetzungen vermeiden!

Lesen Sie die HMR und Ihren Rahmenvertrag, nebst Anlagen.

Die HMR und der Rahmenvertrag **müssen für therapeutische Mitarbeiterinnen, die Rezeptionsfachfrau, Mitarbeiterinnen die mit der Abrechnung betraut sind, in der Praxis zugänglich sein.**

Prüfung der VO auf Vollständigkeit, auf Übereinstimmung mit der HMR und den Rahmenverträgen!

- entwickeln Sie ein Prozedere für eine mehrstufige Kontrolle von Verordnungen und Abrechnungen
- schulen Sie regelmäßig in der Praxis
- ziehen Sie bei wiederholtem Fehlverhalten die richtigen Konsequenzen: Schulung, Gespräch, evtl. Abmahnung - nicht das Gehalt kürzen!
- die Verantwortung liegt bei den Arbeitgebern

Alt	Neu
<p>→ Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen → Möglichkeit, einen späteren Behandlungsbeginn zu dokumentieren</p>	<p>→ VO müssen zukünftig innerhalb 28 Tagen begonnen werden. Dies wird für alle Heilmittelbereiche festgelegt. Danach verliert die VO ihre Gültigkeit.</p> <p>NEU: Dringlicher Behandlungsbedarf → Die Ärztin kann jedoch einen dringlichen Behandlungsbedarf ankreuzen. Dann muss innerhalb 14 Tagen mit der Behandlung begonnen werden.</p>
<p>Durchführung der Behandlung → keine wesentlichen Änderungen</p>	<p>NEU: Angabe der ICD-10-Codierung in HMR geregelt – ist Pflicht</p> <p>erforderlichen Angaben auf der VO:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Angaben zum Personalienfeld b. Heilmittelbereich c. Hausbesuch (ja oder nein) d. Therapiebericht e. ggf. Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarf f. Anzahl der Behandlungseinheiten g. Heilmittel gemäß Katalog h. Therapiefrequenz - auch als Frequenzspanne (1-2 x) möglich i. Diagnosegruppe j. Konkrete behandlungsrelevante Diagnosen als ICD-10-Code. Hinterlegte ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden k. Leitsymptomatik. Entweder nach Buchstabenkodierung oder als Klartext. Es können auch mehrere Leitsymptomatiken und/oder auch Therapieziele angegeben werden. l. erforderlichenfalls spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde
<p>Therapiefrequenz → wie bisher</p>	<p>→ Die Frequenz ist bindend.</p> <p>Eine Abweichung davon ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.</p>

<p>Angabe der Diagnose → Bisher konnte die Diagnose als Klartext oder in Form des ICD-10-Codes angegeben werden. Stand beides auf der VO, war die Klartextdiagnose bindend.</p>	<p>→ Die Diagnose ist zukünftig als ICD-10-Code anzugeben und die Ärztin kann den mit dem Code verbundenen Klartext ergänzen oder verändern.</p> <p>Das heißt: Das Systematische Verzeichnis - ICD-10-GM - ist in der Praxis unerlässlich.</p> <ul style="list-style-type: none"> - In Buchform ist es im „Deutsche Ärzteverlag“ erhältlich. - Online unter: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/
<p>Leitsymptomatik → diese musste im Klartext angegeben werden → Ärzte konnten sich dabei an den Formulierungen im HMK orientieren</p>	<p>→ Die Angabe der Leitsymptomatik wurde fachübergreifend vereinheitlicht.</p> <p>Im neuen HMK gibt es jetzt auch in der Ergotherapie Buchstaben-Kürzel, a), b), c), für die Leitsymptomatik. Die Ärztin kann aber nach wie vor die Leitsymptomatik als Klartext angeben. Es besteht die Möglichkeit mehrere oder patientenindividuelle Leitsymptomatiken auf der VO einzutragen.</p>
<p>Unterbrechung → wie bisher dürfen VO nur 14 Tage unterbrochen werden → längere Unterbrechungen sind in den Rahmenverträgen geregelt</p>	<p>Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage ohne angemessene Begründung unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Begründete Unterbrechungen sind von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf der Verordnung zu dokumentieren. Dabei muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird. Das Nähere hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.</p> <p>→ auch der neue bundesweite Rahmenvertrag mit dem GKV-Spitzenverband wird eine Regelung zur Unterbrechung enthalten. Die Details sind derzeit noch nicht bekannt.</p>
<p>Gruppentherapie - ändern - wie bisher auch</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hat die Vertragsärztin Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die die Vertragsärztin nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat die Therapeutin die Vertragsärztin zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsvordruck zu begründen.
<p>Einzeltherapie ändern in Gruppentherapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommt die Therapeutin im Laufe der Therapie zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapien einzelne Behandlungseinheiten in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden sollten, ist dies nach Zustimmung der Versicherten und im Einvernehmen mit der verordnenden Vertragsärztin möglich. Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.