



LVBG

Landesverband Hessen-Mittelrhein und Thüringen
der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Rundschreiben Nr. D/H 7/2003
Dok.-Nr. 411.1/411.5/049-LV

Mainz, 7.11.2003

An die
Chefärzte der zugelassenen Krankenhäuser,
Durchgangsärzte und an der
besonderen Heilbehandlung beteiligten H-Ärzte

Sehr geehrte Damen und Herren,

die zurzeit verwendeten Arztberichtstexte sind seit langem im Wesentlichen unverändert geblieben. Die Berichte nehmen im Rahmen der Heilverfahrensteuerung der Unfallversicherungsträger eine zentrale Stellung ein. Das Reha-Management gewinnt bei allen Unfallversicherungsträgern zunehmende Bedeutung. In der Konsequenz war es deshalb erforderlich, die Arztberichtstexte unter dem primären Gesichtspunkt der Heilverfahrenssteuerung und Qualitätssicherung zu überarbeiten. Zum 01.01.2004 treten überarbeitete bzw. zusätzliche Arztberichtstexte in Kraft. Muster sind als Anlagen beigefügt.

Die Arztberichtstexte sind Bestandteil des Vertrages Ärzte/UV-Träger und wurden mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend vereinbart. Im Rahmen der Überarbeitung sind viele Hinweise und Anregungen aus der ärztlichen Praxis eingeflossen. Anregungen des Verbandes der für Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte wurden realisiert. Außerdem wurden die Texte mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz abgestimmt.

Die rund 200 Anbieter von Arztsoftware haben die neuen Texte ebenfalls erhalten, so dass eine Anpassung der Software rechtzeitig erfolgen kann. Die Berichte werden - mit Ausnahme der Verordnungstexte - außerdem in den Internet-Formtextbestand übernommen, der über www.lvbg.de abrufbar ist. Eine Auswahl der Texte wird außerdem in das Projekt DALE-UV (Datenaustausch mit Leistungserbringern in der gesetzlichen Unfallversicherung) integriert. Diejenigen Ärzte, die den Blankoausdruck noch nicht realisiert haben, können die Formulare auf dem bekannten Weg anfordern. Ein aktualisiertes Bestellformular ist ebenfalls beigefügt.

Die geänderten bzw. neuen Berichtstexte treten zum 01.01.2004 in Kraft. Das bedeutet jedoch nicht, dass die bisherigen Texte ab diesem Zeitpunkt nicht mehr verwendet werden dürfen. Im Gegenteil sollen evtl. noch vorhandene Vordruckbestände zunächst aufgebraucht werden. Eine starre Übergangsfrist gibt es nicht.

Die für D- und H-Ärzte wichtigen Neuerungen werden im Folgenden erläutert. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Von den Änderungen sind folgende Berichtstexte betroffen:

- F 1000** Durchgangsarztbericht: geändert
- F 1004** Ergänzungsbericht Knie: geändert
- F 1008** Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen: geändert
- F 1010** Ergänzungsbericht Hand: entfällt
- F 1010** Handchirurgischer Erstbericht: neu
- F 1020** H-Arztbericht: geändert
- F 2100** Krankheitsbericht (Zwischenbericht): entfällt
- F 2100** Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung: neu
- F 2106** Nachschaubericht bei allgemeiner Heilbehandlung: geändert
- F 2108** Verlaufsbericht H-Arzt: Unfalltag eingefügt
- F 2222** Mitteilung D-/H-Arzt Veränderungen besondere Heilbehandlung: Unfalltag eingefügt
- F 2410** Verordnung EAP: geändert
- F 2902** Überweisung des D-/H-Arztes: neu

F 1000 Durchgangsarztbericht/F 1020 H-Arzt-Bericht

Das **Layout** der sog. Erstberichte (D-Bericht und H-Bericht) wurde in der überarbeiteten Fassung in der Weise beibehalten, dass alle wesentlichen Angaben auf einer Formularseite zusammengefasst sind. Dies soll eine möglichst einfache Handhabung beim Ausfüllen der Texte und die Überschaubarkeit für die Sachbearbeitung bei den UV-Trägern unterstützen.

Bei mehrseitigen Berichtstexten wurde am oberen Rand der **Folgeseite eine Bezugszeile** für den Eintrag des Namens und des Geburtsdatums des Versicherten sowie des Unfalltages und der laufenden Nummer des Berichts eingefügt. Dies ermöglicht insbesondere bei denjenigen Ärzten, die das Blanko-Ausdruckverfahren nutzen, eine leichtere Zuordnung, wenn Folgeseiten von der ersten Seite getrennt werden.

Einzelne Felder im Kopf der Erstberichte wurden aktuellen Bedürfnissen der Unfallsachbearbeitung angepasst. Die Angabe der **Telefonnummer des Unfallbetriebes** erleichtert und beschleunigt Rückfragen zur Klärung der Zuständigkeit. Zusätzlich aufgenommen wurde das **Ende der Arbeitszeit**, da dies gerade im Zusammenhang mit der Prüfung des Versicherungsschutzes bei Wegeunfällen Bedeutung erlangen kann.

Die Abfrage des Unfallortes wurde in das bisherige Feld "Unfallhergang und Beschäftigung, bei der der Unfall eingetreten ist" integriert. Das Feld 2 trägt nun die Überschrift **Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist**. Diese Zusammenfassung soll künftig konkretere Angaben im Hinblick auf die Prüfung des Versicherungsschutzes bewirken. Bitte machen Sie stets möglichst **ausführliche Angaben**.



Das Feld **Befund** wurde vergrößert, um gerade bei schwereren Verletzungen ausreichend Platz für Eintragungen zur Verfügung zu stellen. Die Frage nach dem Verdacht auf Alkoholeinfluss wurde um Angaben zu **Drogen- und Medikamenteneinfluss** erweitert.

Im bisherigen Feld "Diagnose" wird nun nach der **Erstdiagnose** gefragt. Ein Klammerzusatz macht darauf aufmerksam, dass Änderungen und Konkretisierungen unverzüglich nachzumelden sind. Bitte tragen Sie hier auch weiterhin unbedingt einen möglichst verständlich formulierten Text und nicht den z.B. aus dem ICD abgeleiteten Verschlüsselungstext ein.

Am rechten Textrand wurde eine tabellarische Abfrage zum **ICD 10, ICPM und der AO-Klassifikation** eingefügt. Hierbei handelt es sich zurzeit noch nicht um sog. Pflichtfelder. Die Angaben sollen jedoch zukünftig bessere statistische Auswertungsmöglichkeiten im Hinblick auf Qualität und Kosten des Heilverfahrens ermöglichen. Soweit Sie heute schon in der Lage sind entsprechende Einträge vorzunehmen, bitten wir dies auch zu tun. Das gilt insbesondere für die Angaben zur AO-Klassifikation bei Frakturen der langen Röhrenknochen.

Eine möglichst exakte Klassifikation erlaubt in der Regel eine Beurteilung der vom jeweiligen Schweregrad abhängigen Therapiemaßnahmen und bietet zudem die Möglichkeit einer gezielten Steuerung des Heilverfahrens. Außerdem lassen sich gezielte Maßnahmen zur Validierung der Ergebnisqualität einschließlich der Laufzeiten der Heilverfahren und der entstandenen Kosten durchführen.

Sprechen nach Beurteilung des Arztes **Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls** (Feld 10), so ist dem Versicherten auch weiterhin eine Kopie des Berichtes auszuhändigen und keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen. In der elektronischen Textversion wird beim Ankreuzen des Feldes „ja“ automatisch eine zusätzliche Kopie des Berichtes ausgedruckt.

Eine wesentliche Neuerung stellt die zusätzlich eingefügte Frage in Feld 11 dar. Hier wird danach gefragt, ob und aus welchem Grund **konkreter Anlass dazu besteht, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten** wird. Dies eröffnet für die Verwaltungen die Möglichkeit, bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt auch von besonderen Umständen zu erfahren, die außerhalb des medizinischen Fachgebiets z. B. in der Person des Versicherten, seiner sozialen Integration oder beruflichen Situation begründet sein können, und eröffnet dem UV-Träger die Gelegenheit frühzeitig steuernd und beratend im Hinblick auf das Rehabilitationsziel tätig zu werden. Hierzu ist nicht immer ein persönlicher Besuch erforderlich, vielmehr dürfte in der Regel eine telefonische Kontaktaufnahme ausreichend sein. Auch, wenn der Versicherte selbst den Wunsch äußert mit dem UV-Träger in Kontakt zu treten, kann hier ein entsprechend begründeter Hinweis gegeben werden.

Die bisherigen Felder 11 bis 15, die Angaben über die Art der Behandlung und zur Frage der Arbeitsfähigkeit beinhalteten, wurden oft nicht oder unvollständig ausgefüllt. Sie werden ersetzt durch die neuen Felder 12 **Art der Heilbehandlung** und 13 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit**. Durch die eindeutige Textgestaltung werden Sie durch das Formular geführt.

Der *Durchgangsarzt* ist aufgefordert anzugeben, ob die allgemeine Heilbehandlung - was der Regelfall sein wird - durch einen anderen Arzt (z.B. Hausarzt) erfolgt oder durch ihn selbst. Im Falle der besonderen Heilbehandlung gibt der Durchgangsarzt mittels eindeutiger Ankreuzvarianten an, ob die Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird. Er ist außerdem aufgefordert anzugeben, ob eine Verletzung nach dem **Verletzungsartenverzeichnis** vorliegt und wenn ja, nach **welcher Ziffer**. Wenn eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorliegt, muss der Verletzte in der Regel einem zugelassenen Krankenhaus zugeleitet werden. Dem Sachbearbeiter des UV-Trägers erleichtert dieser Hinweis ggf. Maßnahmen zur Verlegung in die Wege zu leiten. Die Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses ist unter Feld 16 anzugeben.



Der *H-Arzt* kann besondere Heilbehandlung nur dann einleiten und durchführen, wenn eine Verletzung nach § 35 des Vertrages Ärzte/UV-Träger gegeben ist. Der Katalog ist - wie bereits bisher - auf Seite 2 des Berichtsformulars abgedruckt. Im neuen Berichtsformular wird der *H-Arzt* aufgefordert anzugeben, **welche Verletzung dieses Kataloges** vorliegt und ob die Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird. Wie der Durchgangsarzt, muss auch der *H-Arzt* angeben, ob eine **Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis** vorliegt und ggf. nach **welcher Ziffer**. In diesem Fall besteht auch für den *H-Arzt* in der Regel die Verpflichtung, den Verletzten unmittelbar an ein am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus zu überweisen.

In Feld 13 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit** ist eine eindeutige Aussage darüber zu treffen, ob der Versicherte arbeitsfähig oder ab welchem Datum er arbeitsunfähig ist. Vor dem Hintergrund des Rehabilitationsziels muss außerdem bewusst bereits zu diesem frühen Zeitpunkt eine **Prognose** abgegeben werden, ab wann voraussichtlich wieder Arbeitsfähigkeit eintreten wird. Dieser Hinweis dient zum einen dem Sachbearbeiter des UV-Trägers im Rahmen der ihm obliegenden Pflichten bei der Steuerung des Heilverfahrens. Auch dem in der allgemeinen Heilbehandlung weiter behandelnden Hausarzt bietet der Hinweis des Durchgangsarztes einen Anhaltspunkt für die eigene Beurteilung und die Führung des Verletzten im Heilverfahren. Deshalb ist hier ein konkretes Datum einzutragen. Der Hinweis hat für den Hausarzt empfehlenden Charakter und stellt damit keinen Eingriff in dessen Therapiefreiheit dar.

Für die im Verhältnis geringe Anzahl der Fälle, in denen tatsächlich eine langfristige Arbeitsunfähigkeit abzusehen ist, oder mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht mehr gerechnet werden kann, wurde der Durchgangsarztbericht um eine weitere Ankreuzvariante „voraussichtlich länger als 6 Monate Arbeitsunfähigkeit“ ergänzt.

In Feld 14 werden Angaben über **Konsiliarärzte**, die zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung hinzugezogen werden, abgefragt.

Im Falle der allgemeinen Heilbehandlung und Durchführung der weiteren Behandlung durch z. B. den Hausarzt trägt der Durchgangsarzt in Feld 15 den **Nachschaftermin** ein. Während der Durchgangsarzt bisher nur zur Durchführung einer Nachschau bei bestehender Arbeitsunfähigkeit aufgefordert war, wird nun **auch auf die bestehende Behandlungsbedürftigkeit** abgestellt. Der Termin ist selbstverständlich dem Versicherten bekannt zu geben.

Seite 2 enthält neben der oben beschriebenen Bezugszeile die Möglichkeit, weitere ergänzende Ausführungen anzubringen. Außerdem findet sich dort ein Hinweis auf die ggf. dem Erstbericht beizufügenden Ergänzungsberichte sowie die Mitteilung des Durchgangsarztes an den behandelnden Arzt.

Der Rechnungsbereich auf Seite 2 des Durchgangsarztberichtes wurde um einige zusätzliche Zeilen erweitert. Außerdem wurde die Schrift auf 12 dpi vergrößert, um die Möglichkeit der maschinellen Auslesbarkeit bei den UV-Trägern zu unterstützen. Bei der elektronischen Fassung erfolgt die Addition der eingetragenen Euro-Beträge automatisch. Nach Verlassen des Feldes "Porto" wird die Gesamtsumme ausgewiesen.

F 1004 Ergänzungsbericht Knie

Unter 7.16 wurde die Abfrage nach der BSG durch den CRP-Wert ersetzt. Dem Wandel in der Diagnostik folgend wird unter den in Ziffer 1 beispielhaft aufgeführten diagnostischen Maßnahmen an erster Stelle die Kernspintomographie aufgeführt. Die Arthroskopie wird an zweiter Stelle genannt. Daraus ist jedoch keinesfalls der Schluss zu ziehen, dass in jedem Fall und zu Beginn aller Maßnahmen ein Kernspintogramm angefertigt werden sollte. Es wird lediglich die Möglichkeit einer solchen Untersuchung für den Fall angeregt, dass weitere Maßnahmen zur Befunderhebung bzw. Diagnosestellung erforderlich sind.



F 1008 Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen

Der Berichtstext wurde um den sog. **ABSI-Score** erweitert, der es ermöglicht, eine Überlebensprognose zu ermitteln. Die Einbeziehung von Geschlecht, Alter und Verletzungsmuster führt über eine bestimmte Punktzahl zur prozentualen Sterbewahrscheinlichkeit. Der Score vermittelt damit nicht nur für die weitere Behandlung, sondern auch für die Sachbearbeitung wichtige Informationen, die dadurch besser als bisher in die Lage versetzt wird, bei Bedarf zu einem frühen Zeitpunkt steuernd in das Heilverfahren einzugreifen und z. B. Verlegungen in die Wege zu leiten, wenn ein Versicherter mit einer entsprechend schweren Verletzung nicht unmittelbar in ein Verbrennungszentrum eingeliefert wird.

Auf die Abfrage der Körperoberfläche bei erstgradigen Verbrennungen wird künftig verzichtet. Dafür wurde eine Spalte für **viertgradige Verbrennungen** (= Verkohlung) aufgenommen. Die inzwischen etablierte Differenzierung der zweitgradigen Verbrennung in die oberflächliche **2°-A-Läsion** und die tiefgradige **2°-B-Läsion** mit ihren spezifischen Auswirkungen z. B. auf Behandlung, Liegedauer, Verlauf und Folgen der Verletzung wurde in der entsprechenden Tabellenpalte und dem "Beiblatt schwere Verbrennungen" umgesetzt.

Bei den Körperskizzen auf dem Beiblatt wurden die Areale des Kopfes und der Hände überproportional vergrößert, um detailliertere Einzeichnungen des Verbrennungsmusters zu ermöglichen.

F 1010 (alt) Ergänzungsbericht-Hand

Der Ergänzungsbericht in der bisherigen Fassung bietet keine über die Angaben im D- oder H-Arztbericht hinaus gehenden bedeutsamen Informationen. Er wurde deshalb ersatzlos aus dem Bestand gestrichen. Das Formblatt "Skizze Hand" (F 4232) bleibt jedoch bestehen und kann ggf. dem Erstbericht beigelegt oder durch den UV-Träger angefordert werden.

Neu: F 1010 Handchirurgischer Erstbericht

Der neue Berichtstext erhielt die Kurzbezeichnung (F 1010) des bisherigen Ergänzungsberichtes „Hand“ und basiert auf den Grunddaten des Durchgangsarztberichtes. Er ist ausschließlich von nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UV-Träger beteiligten Handchirurgen zu verwenden, die nicht Durchgangs- oder H-Arzt sind. Dies bedeutet, dass ein solchermaßen zugelassener Handchirurg, der gleichzeitig als Durchgangs- oder H-Arzt beteiligt ist, nicht den Handchirurgischen Bericht, sondern ausschließlich den Durchgangsarzt oder H-Arzt-Bericht verwendet, auch wenn eine Handverletzung vorliegt.

Der Handchirurgische Erstbericht ist, wie der D- oder H-Arzt-Bericht, **unverzüglich** zu erstatten.

Im Zusammenhang mit Feld 7 "Erstdiagnose" wurde in der Tabelle am rechten Seitenrand zusätzlich eine Zeile **Zone der Sehnenverletzung** und eine Zeile zur Abfrage der **Gebrauchshand** ergänzt.

Auf Seite 2 des Berichtsformulars wurden die **Handskizzen** übernommen. Hier soll der Arzt ggf. die Verletzungs- oder Amputationsstelle einzeichnen.

Zur Information des Handchirurgen wurden auf Seite 2 zusätzlich die Verletzungen der Hand nach Ziffer 15 des Verletzungsartenverzeichnisses aufgeführt. Für die Abrechnung der erbrachten Leistungen verwendet der Arzt nach Abschluss der Behandlung das gesonderte Rechnungsformular. Der Bericht wird mit einer Gebühr in Höhe des Durchgangsarztberichtes von 15,09 EUR vergütet. Die UV-GOÄ wurde entsprechend geändert.



Nach den Regelungen des Vertrages Ärzte/UV-Träger kann der Handchirurg, der nicht gleichzeitig D- oder H-Arzt ist, lediglich Fälle der Ziffer 15 des Verletzungsartenverzeichnisses behandeln. Bei anderen Fällen muss der Handchirurg entweder die Ärztliche Unfallmeldung F 1050 erstatten oder in nach dem Ärztevertrag vorgesehenen Fällen den Verletzten beim Durchgangsarzt vorstellen. Dies würde auch für solche Handverletzungen gelten, die nicht unter die Ziffer 15 des Verletzungsartenverzeichnisses einzuordnen sind (z. B. Strecksehnenverletzung).

Im Sinne der qualifizierteren Versorgung von Handverletzungen ist vorgesehen, den Vertrag zum nächstmöglichen Zeitpunkt einer den Erfordernissen der Praxis besser entsprechenden Regelung anzupassen. Bis dahin ist der nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UV-Träger **zugelassene Handchirurg berechtigt, alle "Verletzungen der Hand einschließlich der Handwurzel und der die Hand versorgenden Sehnen und Nerven im Bereich des Armes" zu behandeln.**

Dies bedeutet, dass der Handchirurg in solchen Fällen, die nicht unter die Ziffer 15 des Verletzungsartenverzeichnisses einzuordnen sind, jedoch die Hand im o. g. Sinne betreffen, allgemeine Heilbehandlung einleiten und durchführen kann. Darüber hinaus ist der Handchirurg auch berechtigt, im Rahmen der Behandlung von Handverletzungen Heil- und Hilfsmittel zu verordnen oder Konsiliarärzte hinzu zu ziehen.

Neu: F 2100 Zwischenbericht (bei besonderer Heilbehandlung)

Der neue Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung löst den bisher verwendeten Formtext F 2100 ab, der lediglich auf Anforderung der UV-Träger zu erstatten war. Der neue Bericht soll Maßnahmen der Sachbearbeitung im Rahmen der Steuerung des Heilverfahrens unterstützen und zielorientierte Informationen durch einheitliche Vorgaben gewährleisten.

Der Zwischenbericht F 2100 ist in der Regel ausschließlich für die **Verwendung durch Durchgangsarzte** vorgesehen. H-Ärzte erstatten den Bericht lediglich auf Anforderung des UV-Trägers und verwenden ansonsten weiterhin den Verlaufsbericht H-Arzt (F 2108).

Die Fragen orientieren sich an den in aller Regel schwereren Verletzungsfolgen und verlangen deshalb z. B. Angaben über **aufgetretene Komplikationen, weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung sowie zur Übungsbehandlung.**

Nachdem die Problematik der **psychischen Folgen nach Unfällen** im Rahmen der Rehabilitation zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird auch die Frage danach gestellt, ob es Hinweise für die Entwicklung eines psychischen Gesundheitsschadens gibt.

Auch in diesem Zwischenbericht sind konkrete Angaben hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. Behandlungsbedürftigkeit zu machen. Der Durchgangsarzt ist außerdem aufgefordert eine Aussage darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang der Verletzte seine bisherige berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen kann. Für den Arzt eröffnet sich seinerseits die Gelegenheit, nähere Informationen über die konkreten Arbeitsplatzverhältnisse beim UV-Träger abzufordern.

Der Bericht zielt darauf ab, die **medizinische und berufliche Wiedereingliederung zu beschleunigen** und dem UV-Träger die hierfür erforderlichen Informationen zu liefern. Aus diesem Grund enthält der Bericht auch die Frage, ob und durch welche besonderen Maßnahmen eine schnellere Wiedereingliederung erreicht werden kann und ob eine Arbeits- und Belastungserprobung erforderlich ist. Die bereits im Erstbericht gestellte Frage, ob der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten werden soll, wird auch im Zwischenbericht wieder aufgegriffen.

Der Zwischenbericht ist vom Durchgangsarzt entweder **nach Aufforderung durch den UV-Träger zu erstatten**. Er kann **vom Durchgangsarzt auch selbstständig erstattet werden**,



z. B. wenn Mitteilungen über Besonderheiten des Behandlungsverlaufs nach § 16 des Vertrages Ärzte/UV-Träger zu machen sind.

Er kann **auch als Entlassungsbericht aus der stationären Behandlung** Verwendung finden, dies jedoch ausschließlich dann, **wenn der UV-Träger** tatsächlich einen Entlassungsbericht **wünscht und anfordert**.

Der Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung wird mit einer **Gebühr** in Höhe von **10,00 EUR** vergütet. Die UV-GOÄ wurde entsprechend geändert.

F 2106 Nachschaubericht (bei allgemeiner Heilbehandlung)

Feld 1 des Berichts verlangt nun nach konkreten Angaben zum aktuellen Befund und dem bisherigen Behandlungsverlauf. Auch Änderungen bzw. Konkretisierungen der bisherigen Diagnose sind hier anzugeben. Ein zusätzliches Feld 2 fragt nach **konkreten Maßnahmen im Rahmen der Nachschau**. Hierunter ist z. B. auch die Verordnung von Heilmitteln zu verstehen.

Verbleibt der Verletzte in allgemeiner Heilbehandlung, hatte der Durchgangsarzt bisher nur anzugeben, ob er den Versicherten für arbeitsunfähig hält oder nicht. In der überarbeiteten Fassung des Berichtes ist der Durchgangsarzt nun aufgefordert auch im Rahmen der Nachschau eine **Prognose über die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit** abzugeben. Dies dient als Anhaltspunkt für den UV-Träger im Zusammenhang mit der Heilverfahrenssteuerung und soll dem weiter behandelnden Arzt (Hausarzt) einen Hinweis geben, ohne in dessen Behandlungskompetenz einzugreifen.

Eine weitere Nachschau wird immer dann erforderlich, wenn an dem vom Durchgangsarzt festgesetzten Termin noch Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.

F 2108 Verlaufsbericht H-Arzt

Als einzige Änderung gegenüber der bisherigen Berichtsfassung wurde in der Betreffzeile ein Feld für die Angabe des Unfalltages eingefügt.

F 2222 Mitteilung D- oder H-Arzt: Veränderungen besondere Heilbehandlung

Auch in diesem Text wurde als einzige Änderung in der Betreffzeile ein Feld für die Eintragung des Unfalltages eingefügt.

F 2410 Verordnung zur Durchführung einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)

Die Abrechnungssystematik der EAP wurde umgestellt. Für die drei Behandlungselemente Krankengymnastik, physikalische Therapie und medizinische Trainingstherapie (MTT) werden Pauschalen berechnet. Dies ermöglicht auch, dass z. B. am Ende einer EAP die MTT als ein Behandlungselement isoliert verordnet werden kann. Für die isolierte Krankengymnastik oder physikalische Therapie ist weiterhin der Verordnungstext F 2400 zu verwenden.

Die Angaben von Zeitvorgaben für den EAP-Therapieplan und zur Abrechnungskontrolle sind damit entbehrlich. Wichtig sind **konkrete Zielvorgaben für die Therapie** in der neuen EAP-Verordnung.

Das EAP-Zentrum setzt diese Zielvorgaben im Therapieplan in Zusammenarbeit mit dem Kooperationsarzt der Einrichtung um. Die neue EAP-Verordnung trägt so dem Umstand Rech



nung, dass die Therapie innerhalb des Verordnungszeitraums von 14 Tagen Anpassungen unterworfen ist.

F 2902 Überweisung des D-/H-Arztes

Das Überweisungsformular des D- oder H-Arztes zu einem anderen Facharzt, der konsiliarisch oder zur Mitbehandlung/Diagnosestellung herangezogen wird, dient der zielgerechten Information des hinzugezogenen Arztes und Konkretisierung des Behandlungs- bzw. Untersuchungsauftrages.

Der Honoraranspruch des hinzugezogenen Arztes richtet sich nach der Einstufung des Behandlungsfalles in die allgemeine oder besondere Heilbehandlung durch den D-/H-Arzt. Für den überweisenden Arzt besteht die Möglichkeit, mit dem Überweisungsformular entsprechende Hinweise zu geben. Eine gesonderte Gebühr für die Verwendung des Überweisungsformulars ist nicht vorgesehen.

Mit freundlichen Grüßen

Geschäftsführer

Anlagen

