

An die beteiligten
Durchgangsärzte und Durchgangsärztinnen
in Baden-Württemberg und Saarland

Unser Zeichen: D 1.6.1 / DOK412.462-LV8
Ansprechperson: Cornelia Hildenbeutel
Telefon: +49 (30) 13001-5731
Telefax: +49 (30) 1300-1865786
E-Mail: cornelia.hildenbeutel@dguv.de

8. Dezember 2022

Rundschreiben Nr. D 13/2022

Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP): Komplextherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

ab dem 01.01.2023 können Sie für gesetzlich unfallversicherte Patienten eine Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) nur noch als Komplextherapie verordnen.

Das bedeutet für Sie, dass die bisherige Möglichkeit, eine EAP mit zwei Elementen wie Medizinische Trainingstherapie und Krankengymnastik oder Medizinische Trainingstherapie und Physikalische Therapie zu verordnen, nicht mehr besteht.

Damit ist die EAP zukünftig als Komplextherapie immer eine Kombination aller drei Behandlungselemente:

- Krankengymnastik
- Physikalische Therapie und
- Medizinische Trainingstherapie (MTT).

Unabhängig davon können Sie weiterhin MTT als Einzelleistung in einer EAP Einrichtung verordnen. Dies ersetzt die KG am Gerät im kassenärztlichen Bereich.

Hierfür steht Ihnen das überarbeitete Verordnungsformular zur Durchführung einer EAP (F 2410) zur Verfügung (Anlage 1).

Was hat sich auf der Verordnung geändert?

Unter Punkt 3 haben Sie nun die Möglichkeit, weitere Diagnosen und Kontextfaktoren, die für die EAP relevant sein könnten, zu beschreiben. Ergänzt wird dies mit den Therapiehinweisen unter Punkt 4 und Therapiezielen unter Punkt 5.

<p>3. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren (Freitext und ICD 10), die für die EAP relevant sein können:</p>
<p>4. Therapiehinweise:</p> <p><input type="checkbox"/> Stabilitätsgrad (z.B. belastungsstabil 20 kg bis):</p> <p><input type="checkbox"/> Weitere Limits (z.B. Bewegungsausmaß):</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieeinschränkende Wunden:</p> <p><input type="checkbox"/> Multiresistente Erreger:</p> <p><input type="checkbox"/> Bitte um Anruf (T.Nr. und Zeitfenster bitte angeben) durch Therapeutin/Therapeuten:</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. orthopädie-technische Versorgung, Sprachbarriere etc.):</p>
<p>5. Konkrete Therapieziele (z.B. Abtrainieren der Gehstützen, Treppensteigen 1. Etage; ROM 0-0-90° etc.):</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsplatzbezogene Therapieziele (z.B. Überkopfarbeit, Bewältigung von langen Gehstrecken, Heben/Tragen):</p>

Unter Punkt 6 und 7 geben Sie bitte den Leistungsumfang und die Behandlungsfrequenz an. Ergänzt wurde die Behandlungsfrequenz durch die Angabe der voraussichtlichen Gesamtdauer der EAP.

<p>6. Leistungsumfang:</p> <p><input type="checkbox"/> EAP (Krankengymnastik, Physikalische Therapie und MTT als Komplextherapie)</p> <p><input type="checkbox"/> MTT (isoliert und in EAP-Einrichtung) ²</p> <p><input type="checkbox"/> Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte usw.):</p> <p><input type="checkbox"/> Ergotherapie wurde zusätzlich verordnet</p>
<p>7. Behandlungsfrequenz:</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche <input type="checkbox"/> ___ Tage/Woche Voraussichtliche Gesamtdauer der EAP:</p>

Ergänzende Hinweise, wie z. B. die Unterstützung durch das Reha-Management oder einen Dolmetscher können sie unter Punkt 10 für den UV-Träger aufführen.

Änderungen des EAP-Teils der Handlungsanleitung

Neben der Verordnung wurde auch der EAP-Teil der Handlungsanleitung (Anlage 2) als Arbeitshilfe für Sie angepasst und überarbeitet. Ergänzend zur Definition der EAP als Komplextherapie werden auch Indikationen für diese und für isolierte MTT beschrieben.

Dazu gehören bei der EAP beispielsweise:

- Bewegungseinschränkungen nach Gelenkverletzungen und wiederherstellenden Operationen (z. B. Arthrolysen, Gelenkersatz nach ankylosierenden Arthrosen, etc.)
- komplexe Verletzungen mit verzögerter Mobilisierbarkeit (z. B. wegen Weichteilschadens, postoperativer Ruhigstellung, schwerer Handverletzung etc.)
- objektiv nachweisbaren Muskelschwächen oder Muskelfunktionsstörungen nach Verletzungen oder Operationen, auch bei peripheren Nervenfunktionsstörungen
- ein erkennbarer Stillstand eines anfänglichen Funktionsgewinnes unter Standardtherapie der Physiotherapie/Krankengymnastik/Ergotherapie
- eine koordinative Leistungsschwäche, insbesondere auch nach zentralen Nervenverletzungen

Eine isolierte MTT kann beispielsweise in Betracht kommen bei:

- verbliebenen muskulären Trainingsdefiziten
- Defiziten in der Ausdauerleistung
- zur Behebung einer Dekonditionierung.

Der Leistungsumfang der EAP und der isolierten MTT sowie die Verordnungsmodalitäten wurden an den neuen Verordnungsvordruck angepasst.

Zuletzt möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Verordnungen zukünftig nur noch in elektronischer Form bezogen werden können.

<https://www.dguv.de/formtexte/index.jsp>

Bitte informieren Sie Ihren Softwarehersteller über diese Änderung.

Für eine Übergangsfrist bis zum 30.06.2023 können Sie auch weiterhin den alten Vordruck verwenden.

Mit freundlichen Grüßen

Olaf Ernst
Geschäftsstellenleiter

Anlagen

Verordnung zur Durchführung einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)					
Unfallversicherungsträger		Die EAP darf erst mit Vorliegen der Kostenzusage des UV-Trägers begonnen werden. Diese Verordnung umfasst 2 Wochen. Zur Fortführung ist eine neue Verordnung der/des D-Ärztin/D-Arzt ¹ notwendig. Eine weitere Kostenzusage des UV-Trägers ist nicht erforderlich. Die EAP umfasst als Komplextherapie immer Krankengymnastik, Physikalische Therapie und Medizinische Trainingstherapie (MTT). Eine isolierte MTT bedarf keiner Kostenzusage und ist in einer EAP-Einrichtung durchzuführen. - Weitere Hinweise siehe Folgeseite -			
Name der versicherten Person					Geburtsdatum
Vollständige Anschrift					Telefon-Nr.
Beschäftigt als					Unfalltag/AZ des Unfallversicherungsträgers
1. Diagnose(n), die die EAP begründen	ICD 10	OP-Datum	Art der Versorgung	AO-Klass.	
a)					
b)					
c)					
d)					
2. Beigefügt ist: <input type="checkbox"/> Reha-Plan <input type="checkbox"/> Vorbefunde (Entlassungsbericht, OP-Bericht usw.) <input type="checkbox"/> D-Arzt-Bericht (F 1000)					
3. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren (Freitext und ICD 10), die für die EAP relevant sein können:					
4. Therapiehinweise: <input type="checkbox"/> Stabilitätsgrad (z.B. belastungsstabil 20 kg bis): <input type="checkbox"/> Weitere Limits (z.B. Bewegungsausmaß): <input type="checkbox"/> Therapieeinschränkende Wunden: <input type="checkbox"/> Multiresistente Erreger: <input type="checkbox"/> Bitte um Anruf (T.Nr. und Zeitfenster bitte angeben) durch Therapeutin/Therapeuten: <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. orthopädie-technische Versorgung, Sprachbarriere etc.):					
5. Konkrete Therapieziele (z.B. Abtrainieren der Gehstützen, Treppensteigen 1. Etage; ROM 0-0-90° etc.): <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzbezogene Therapieziele (z.B. Überkopparbeit, Bewältigung von langen Gehstrecken, Heben/Tragen):					
6. Leistungsumfang: <input type="checkbox"/> EAP (Krankengymnastik, Physikalische Therapie und MTT als Komplextherapie) <input type="checkbox"/> MTT (isoliert und in EAP-Einrichtung) ² <input type="checkbox"/> Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte usw.): <input type="checkbox"/> Ergotherapie wurde zusätzlich verordnet					
7. Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche <input type="checkbox"/> ___ Tage/Woche Voraussichtliche Gesamtdauer der EAP:					
8. Vorgeschlagene EAP-Einrichtung:					
9. Beginn der EAP: <input type="checkbox"/> Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) <input type="checkbox"/> Frühestens am (Datum):					
10. Ergänzende Hinweise für den UV-Träger:					
Datum	Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes ¹		Unterschrift		
Fax-Nr. für Antwort:					
Kostenzusage des UV-Trägers (nur bei EAP-Erstverordnung erforderlich) <input type="checkbox"/> nein, Information folgt <input type="checkbox"/> ja					
Datum	Unterschrift				

¹ oder Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag

² Die Kostenzusage der isolierten MTT durch den UV-Träger ist nicht erforderlich.

Hinweise

Ist neben der EAP zusätzlich eine ergotherapeutische Behandlung erforderlich, ist diese gesondert mit dem Vordruck F 2402 zu verordnen.

Ein EAP-Verfahren ist grundsätzlich auf 4 Wochen begrenzt. Sollte die EAP über 4 Wochen hinaus erforderlich sein, ist zusätzlich zur Verordnung eine ärztliche Begründung notwendig. Soweit der UV-Träger der Fortführung über die 4. Woche hinaus nicht widerspricht, kann die EAP weiterhin erbracht werden.

Handlungsanleitung

zur Verordnung, Durchführung und
Qualitätssicherung der

- Physiotherapie/Krankengymnastik – Physikalischen Therapie
- Ergotherapie
- Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)
- Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW)
- Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskeletalen Rehabilitation (ABMR)

Impressum

Herausgegeben von: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40

10117 Berlin

Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)

E-Mail: info@dguv.de

Internet: www.dguv.de

Abteilung Versicherung und Leistungen, Landesverbände

Ausgabe: Januar 2023

Satz und Layout: Atelier Hauer + Dörfler, Berlin

Copyright: Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt.
Die Vervielfältigung, auch auszugsweise, ist nur mit
ausdrücklicher Genehmigung gestattet.

Bezug: Unter: www.dguv.de › Webcode: d25612

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Teil A: Physiotherapeutische/Krankengymnastische Behandlung – Physikalische Therapie	5
1 Behandlungsziel	5
2 Ausstellen der Verordnung	5
3 Aufgaben des Therapeuten (Praxisinhabers)	6
4 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers	6
5 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?	6
Teil B: Ergotherapie	7
1 Behandlungsziel	7
2 Ausstellen der Verordnung	7
3 Aufgaben des Therapeuten (Praxisinhabers)	8
4 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers	8
5 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?	8
Teil C: Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)	9
1 Behandlungsinhalt/Dokumentation	9
2 Indikationen	9
3 Leistungsumfang	10
4 Ausstellen der Verordnung	10
5 Kostenzusage	11
6 Aufgaben der Einrichtung	12
7 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers	12
8 Wo können die Verordnungen bezogen werden?	12
9 Qualitätssicherung	12
Teil D: Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)	13
1 Definition	13
2 Indikationen	13
3 Behandlungsinhalt	14
4 Leistungsumfang	14
4.1 Therapeutische Maßnahmen	14
4.2 Arbeitsbezogene Maßnahmen	15
5 Ausstellen der Verordnung	15
6 Genehmigung	16
6.1 Erstverordnung	16
6.2 Verlängerungsantrag	16
7 Aufgaben der BGSW-Klinik	16
8 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers	17
9 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?	17
Teil E: Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR)	18
1 Definition	18
2 Therapieelemente	18
3 Zielgruppe und Indikationen	18
4 Voraussetzung, Beginn und Therapiegrundsätze	19
5 Ablauf und Behandlungsinhalt	19
6 Verfahren	20
7 Berichtswesen	20
8 Qualitätssicherung	21

Verordnungen und Formtexte

	Seite
Anlage 1	22
Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/ Physikalischen Therapie (F 2400)	22
Anlage 2	24
Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie	24
Anlage 3	26
3.1 Verordnung EAP – Erstes Ordnungsblatt für die EAP-Einrichtung (F 2410)	26
3.2 Abrechnung für Erweiterte Ambulante Physiotherapie (F 2414)	28
Anlage 4	30
4.1 Verordnung zur Durchführung einer BGSW (F 2150)	30
4.2 BGSW-Aufnahmebericht (F 2152)	31
4.3 BGSW-Kurzbericht (F 2156)	33
4.4 BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht (F 2160)	35
4.5 BGSW-Therapie- und Dokumentationsplan (F 2158)	36
4.6 BGSW-Benachrichtigung des Versicherten (V 2152)	37
Anlage 5	39
5.1 Verordnung zur Durchführung einer ABMR (F 2162)	39
5.2 ABMR-Aufnahmebericht (F 2164)	40
5.3 ABMR-Abschlussbericht (F 2166)	42

Der D-Arzt, der Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger oder der hinzugezogene Arzt nach § 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger bezieht die Formulare vom jeweils regional zuständigen Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Andere Ärzte erhalten die Ordnungsblätter mit dem Einzelbehandlungsauftrag nur vom zuständigen Unfallversicherungsträger.

Kontaktdaten der Landesverbände:

<https://www.dguv.de/landesverbaende/de/wir-ueber-uns/index.jsp>

Teil A

Physiotherapeutische/ Krankengymnastische Behandlung – Physikalische Therapie

1 Behandlungsziel

Im Rahmen der Rehabilitation nach Versicherungsfällen (Arbeitsunfällen/Berufskrankheiten) kommt eine physiotherapeutische/krankengymnastische Behandlung als Standardtherapie im regionalen Bereich der Verletzung in Betracht, wenn die Beweglichkeit verletzter und/oder mitbetroffener Gelenke zu verbessern oder wiederherzustellen ist, reduzierte Muskelkraft aufgebaut, Weichteilverwachsungen und Narbengewebe gelöst, verkürzte Muskulatur gedehnt, verspannte Muskulatur gelockert und wenn Schmerzen durch Massagen und/oder Wärme-/Kältetherapie gemildert werden müssen.

Zur physiotherapeutischen/krankengymnastischen Behandlung gehören weiterhin Gang- und Gebrauchsschulungen sowie Belastungstraining, Verbesserung des Koordinations- und Gleichgewichtsvermögens sowie Stabilisationstraining. Unterstützt werden diese Behandlungen durch physikalische Maßnahmen, welche die Durchblutung sowohl lokal als auch allgemein verbessern und auch Schmerzen lindern.

2 Ausstellen der Verordnung

Vor der Verordnung ist zu prüfen, ob das angestrebte Behandlungsziel durch andere Maßnahmen (z. B. sportliche Betätigung, Änderung der Lebensführung u. a.) erreicht werden kann.

Wer verordnet?

Nur der

- D-Arzt
 - Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
 - hinzugezogene Arzt nach § 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
- darf Heilmittel verordnen, andere Ärzte (z. B. behandelnder Arzt bei Berufskrankheiten) nur mit vorheriger Zustimmung des zuständigen Unfallversicherungsträgers.

Bei einer vorhergehenden Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) ist auch der verantwortliche Arzt der BGSW-Einrichtung zur einleitenden Verordnung der physiotherapeutischen/krankengymnastischen Behandlung – physikalischen Therapie – berechtigt, sofern die Therapie nicht in der eigenen Einrichtung durchgeführt wird.

Wie wird verordnet?

Mit Vordruck gemäß Anlage 1 „Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie“ (F 2400).

Für welchen Zeitraum wird verordnet?

Solange ein erkennbarer, messbarer Funktionsgewinn zur völligen oder weitestgehenden Wiederherstellung zu erwarten ist oder einer drohenden Verschlimmerung vorgebeugt werden kann. Eine Verordnung umfasst längstens 4 Wochen (die Frist beginnt ab

Verordnungsdatum). Danach hat eine Kontrolluntersuchung beim verordnenden Arzt zu erfolgen. Es ist ggf. eine weitere Verordnung auszustellen. Nach 4 Wochen ist eine Begründung des verordnenden Arztes für die ggf. weitere Verordnung erforderlich. Ist nach einem Behandlungszeitraum (4 Wochen) kein Funktionsgewinn feststellbar, ist festzulegen, ob

- die KG/PT abzuschließen ist,
- eine EAP oder BGSW indiziert ist oder
- eine andere medizinische Maßnahme, ggf. welche, notwendig sein könnte.

3 Aufgaben des Therapeuten (Praxisinhabers)

- Erklärung, dass mit der Annahme des Vordrucks „Verordnung von Leistungen zur KG/PT“ die vertraglichen Regelungen zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der Unfallversicherungsträger anerkannt, insbesondere, dass die fachlichen Anforderungen erfüllt und die vereinbarten Gebühren akzeptiert werden
- unverzüglicher Beginn (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) der Behandlung gemäß ärztlicher Verordnung
- inhaltliche und zeitliche Einhaltung der Leistungserbringung nach der Verordnung
- Durchführung von Qualitätssichernden Maßnahmen und Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen

4 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers

- Steuerung des Heilverfahrens
- Qualitätssicherung
- Unverzügliche Bezahlung gemäß den Vorgaben der Rahmenvereinbarung mit den Verbänden der Physiotherapeuten

5 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?

Zuständig ist der jeweilige Landesverband der DGUV (Muster s. Anlagen).

Kontaktdaten der Landesverbände:

🔗 <https://www.dguv.de/landesverbaende/de/wir-ueber-uns/index.jsp>

Beachte:

- Die verordnungsfähigen Leistungsziffern sind auf der Rückseite der Verordnung abgedruckt.
- Unter Behandlungseinheit ist das Aufsuchen der Therapieeinrichtung durch den Versicherten (z. B. 2 Behandlungseinheiten pro Behandlungstag: Der Versicherte findet sich am Vormittag und am Nachmittag in der Einrichtung zur Therapie ein.) zu verstehen.
- Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten. Soweit der verordnende Arzt keine gesonderten Angaben macht, gilt das Regel-Zeitintervall der Leistungsbeschreibung.
- Will der Arzt mehr als eine Behandlungseinheit pro Behandlungstag und/oder über das Regelzeitintervall hinaus Leistungen der KG/PT verordnen, ist eine entsprechende Begründung erforderlich. Hierbei reicht die alleinige Angabe der Diagnose nicht aus.

Teil B

Ergotherapie

1 Behandlungsziel

Im Rahmen der Rehabilitation nach Versicherungsfällen (Arbeitsunfällen/Berufskrankheiten) kommt eine ergotherapeutische Behandlung zur Therapie von Störungen der motorischen, sensomotorischen und perzeptiven Funktionen und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen in Betracht. Ergotherapie kann weiter erbracht werden zur Therapie von neuropsychologischen Hirnfunktionsstörungen, insbesondere kognitiven Störungen sowie zur Therapie von arbeitsspezifischen Fähigkeitsstörungen und Störungen der psychosozialen Funktionen.

2 Ausstellen der Verordnung

Die ergotherapeutische Behandlung wird auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht, die von einem von den Unfallversicherungsträgern hierzu bevollmächtigten Arzt ausgestellt wurde.

Wer verordnet?

Nur der

- D-Arzt
- Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
- hinzugezogene Arzt nach § 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger darf Heilmittel verordnen, andere Ärzte (z. B. behandelnder Arzt bei Berufskrankheiten) nur mit vorheriger Zustimmung des zuständigen Unfallversicherungsträgers.

Bei einer vorhergehenden Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) ist auch der verantwortliche Arzt der BGSW-Einrichtung zur einleitenden Verordnung der Ergotherapie berechtigt, sofern die Therapie nicht in der eigenen Einrichtung durchgeführt wird.

Wie wird verordnet?

Mit Vordruck gemäß Anlage 2 „Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie“ (F 2402).

Für welchen Zeitraum wird verordnet?

Solange ein erkennbarer, messbarer Funktionsgewinn zur völligen oder weitestgehenden Wiederherstellung zu erwarten ist oder einer drohenden Verschlimmerung vorgebeugt werden kann. Eine Verordnung umfasst längstens 4 Wochen (die Frist beginnt ab Verordnungsdatum). Danach hat eine Kontrolluntersuchung beim verordnenden Arzt zu erfolgen. Es ist ggf. eine weitere Verordnung auszustellen. Nach 4 Wochen ist eine Begründung des verordnenden Arztes für die ggf. weitere Verordnung erforderlich. Ist nach einem Behandlungszeitraum (4 Wochen) kein Funktionsgewinn feststellbar, ist festzulegen, ob

- die Leistungen der Ergotherapie abzuschließen sind,
- eine EAP, BGSW oder ABMR indiziert ist oder
- eine andere medizinische Maßnahme, ggf. welche, notwendig sein könnte.

3 Aufgaben des Therapeuten (Praxisinhabers)

- Erklärung, dass mit der Annahme des Vordrucks „Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie“ die vertraglichen Regelungen zwischen dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) und den Verbänden der Unfallversicherungsträger anerkannt, insbesondere, dass die fachlichen Anforderungen erfüllt und die vereinbarten Gebühren akzeptiert werden
- unverzüglicher Beginn (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) der Behandlung gemäß ärztlicher Verordnung
- inhaltliche und zeitliche Einhaltung der Leistungserbringung nach der Verordnung
- Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen und Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen

4 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers

- Steuerung des Heilverfahrens
- Qualitätssicherung
- Unverzügliche Bezahlung gemäß den Vorgaben der Rahmenvereinbarung mit dem DVE

5 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?

Zuständig ist der jeweilige Landesverband der DGUV (Muster s. Anlagen).

Kontaktdaten der Landesverbände:

🔗 <https://www.dguv.de/landesverbaende/de/wir-ueber-uns/index.jsp>

Beachte:

- Die verordnungsfähigen Leistungsziffern sind auf der Rückseite der Verordnung abgedruckt.
- Unter Behandlungseinheit ist das Aufsuchen der Therapieeinrichtung durch den Versicherten (z. B. 2 Behandlungseinheiten pro Behandlungstag: Der Versicherte findet sich am Vormittag und am Nachmittag in der Einrichtung zur Therapie ein.) zu verstehen.
- Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 15 Minuten. Soweit der verordnende Arzt keine gesonderten Angaben macht, gilt das Regelzeitintervall der Leistungsbeschreibung Ergotherapie.
- Will der Arzt mehr als eine Behandlungseinheit pro Behandlungstag und/oder über das Regelzeitintervall hinaus Leistungen der Ergotherapie verordnen, ist eine entsprechende Begründung erforderlich. Hierbei reicht die alleinige Angabe der Diagnose nicht aus.
- Leistungen nach Ziff. 11.5 und 11.6 der Leistungsbeschreibung (Arbeitstherapie/betriebliches Arbeitstraining und Beratung zur Integration in das berufliche und soziale Umfeld) werden nur nach ausdrücklicher Genehmigung durch den zuständigen Unfallversicherungsträger durchgeführt. Diese von einem Ergotherapeuten isoliert zu erbringenden Leistungen sind abzugrenzen von der Komplexleistung der ABMR.
- Eine ergotherapeutische Funktionsanalyse (Ziff. 12.1 der Leistungsbeschreibung) ist nur bei Behandlungsbeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte ärztliche Verordnung durchführbar und abrechenbar. Diese Leistung ist außerhalb der Behandlungszeit zu erbringen. Eine erneute Abrechnung ist erst nach einem behandlungsfreien Intervall von 3 Monaten möglich.

Teil C

Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)

1 Behandlungsinhalt/Dokumentation

Für spezielle Verletzungen/Berufskrankheiten kann eine EAP in beteiligten Therapieeinrichtungen erforderlich werden. Die EAP umfasst als Komplextherapie immer Krankengymnastik, Physikalische Therapie und Medizinische Trainingstherapie (MTT). Wesentliche Bestandteile der Komplextherapie können sein:

- Physiotherapie/Krankengymnastik
- Medizinische Trainingstherapie
- Elektrotherapie
- Hydrotherapie und Thermotherapie
- Mechanotherapie (z.B. Manuelle Lymphdrainage und Massage)
- Ergotherapie (auch in Kooperation, nach Möglichkeit in den Räumen der EAP-Einrichtung durchzuführen; eine separate Verordnung ist erforderlich)

Eine isolierte MTT bedarf keiner Kostenzusage und ist in einer EAP-Einrichtung durchzuführen.

Die verschiedenen Behandlungselemente der Komplextherapie sind kombiniert einzusetzen. Zur Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit kommen im Bedarfsfalle ergänzend dazu:

- Hilfsmittelberatung, -versorgung und -gebrauchsschulung
- Psychologische Betreuung
- Sozialberatung
- Patientenschulung
- Ernährungs- und Diätberatung

Die Therapie ist auf den baldigen Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit hin auszurichten.

Zu Beginn, im Verlauf und zum Abschluss wird in der Einrichtung ein Befund erhoben und dokumentiert. Eine Übersendung erfolgt nur auf Anforderung durch den Unfallversicherungsträger.

2 Indikationen

Die EAP kommt vorwiegend zur Beseitigung von besonders schweren Störungen

- der Körperfunktionen und –strukturen sowie
 - Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe
- bei Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates in Betracht.

Ist erkennbar, dass mit isolierten physikalisch-therapeutischen Maßnahmen das mögliche Rehabilitationsergebnis nicht ausreichend oder nur verzögert erreicht wird, kann eine EAP angezeigt sein.

Eine EAP kommt beispielsweise in Betracht bei:

- Bewegungseinschränkungen nach Gelenkverletzungen und wiederherstellenden Operationen (z. B. Arthrolysen, Gelenkersatz nach ankylosierenden Arthrosen, etc.)
- komplexen Verletzungen mit verzögerter Mobilisierbarkeit (z. B. wegen Weichteilschadens, postoperativer Ruhigstellung, schwerer Handverletzung etc.)
- objektiv nachweisbaren Muskelschwächen oder Muskelfunktionsstörungen nach Verletzungen oder Operationen, auch bei peripheren Nervenfunktionsstörungen
- bei erkennbarem Stillstand eines anfänglichen Funktionsgewinnes unter Standardtherapie der Physiotherapie/Krankengymnastik/Ergotherapie
- koordinativer Leistungsschwäche, insbesondere auch nach zentralen Nervenverletzungen

Eine isolierte MTT kann beispielsweise in Betracht kommen bei:

- verbliebenen muskulären Trainingsdefiziten
- Defiziten in der Ausdauerleistung
- zur Behebung einer Dekonditionierung.

3 Leistungsumfang

Die komplexen Behandlungsmaßnahmen sind gemäß Verordnung des Arztes und je nach Indikationen und/oder Leistungszustand des Versicherten durchzuführen. Die Therapie soll entsprechend der Verordnung über die Woche verteilt erfolgen. Sie sollen 120 Minuten pro Tag nicht überschreiten.

Orientierende Richtwerte für den Therapieplan sollten sein:

- 30 Minuten Physiotherapie/Krankengymnastik
- 60 Minuten MTT
- 30 Minuten Hydro-/Mechano-/Elektrotherapie oder fakultative Maßnahmen.

Die isolierte MTT umfasst mindestens 60 Minuten.

Im Einzelfall ist der Therapieplan befundbezogen anzupassen.

Im Bedarfsfall wird Ergotherapie ergänzend verordnet, erbracht und abgerechnet.

4 Ausstellen der Verordnung

Wer verordnet und zu welchem Zeitpunkt?

Der

- D-Arzt,
 - Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
- verordnet die EAP so rechtzeitig, dass bei erreichter Belastungsfähigkeit des Versicherten die EAP unverzüglich (spätestens nach einer Woche nach Ausstellen der Verordnung) beginnen kann. Abweichend hiervon kann der verordnende Arzt einen späteren Therapiebeginn vorgeben.

Soweit sich im Rahmen der Befundaufnahme in der Einrichtung Zweifel an der Belastungsfähigkeit des Versicherten ergeben, erfolgt eine sofortige Kontaktaufnahme mit dem verordnenden Arzt.

Wie wird verordnet?

- Mit dem Vordruck gemäß Anlage 3 „Verordnung zur Durchführung einer EAP“ (F 2410) spätestens eine Woche vor dem vorgesehenen Behandlungsbeginn der EAP, damit eine Unterbrechung des Heilverfahrens vermieden wird.
- Das Original des Verordnungsvordrucks erhält die EAP-Einrichtung (Anlage 3)
- Die EAP Einrichtung holt die Kostenzusage des Unfallversicherungsträgers unter Vorlage der Verordnung ein. Über Folgeverordnungen setzt die EAP-Einrichtung den Unfallversicherungsträger durch Übersendung der Verordnung in Kenntnis.

Für welchen Zeitraum wird verordnet?

Während der EAP soll es zu einem erkennbaren und messbaren therapeutischen Fortschritt hinsichtlich der funktionellen Belastbarkeit in Bezug auf die definierten Rehaziele kommen.

Die Verordnung erfolgt für zwei Wochen ab Behandlungsbeginn in der vorgegebenen Therapiefrequenz, danach ist ggf. eine Kontrolluntersuchung für eine Folgeverordnung für weitere zwei Wochen erforderlich (**eine erneute Kostenzusage ist nicht notwendig**).

Ist bereits bei der Erstverordnung erkennbar, dass Folgeverordnungen notwendig werden, soll die voraussichtliche Gesamtdauer der EAP auf der Verordnung zur Therapieplanung und Planung des Heilverfahrens angegeben werden.

Ist nach einem Behandlungszeitraum (4 Wochen) kein hinreichender Therapieerfolg feststellbar, ist einzuschätzen, ob durch andere medizinische Maßnahmen ein Therapiefortschritt erzielt werden kann (z.B. BGSW). Sofern noch nicht erfolgt, kann auch eine Heilverfahrenssteuerung im Reha-Management hilfreich sein.

Sollte die EAP über 4 Wochen hinaus erforderlich sein, ist zusätzlich zur Verordnung eine ärztliche Begründung notwendig.

Hält der D-Arzt oder der Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger die Beendigung der Behandlung aus medizinischen Gründen für erforderlich, unterrichtet er unverzüglich den Unfallversicherungsträger und die EAP-Einrichtung.

Die MTT kann auch als alleinige Therapieform, jedoch nur mit einer EAP-Verordnung in einer EAP-Einrichtung erfolgen. **Eine Kostenzusage für die isolierte MTT durch den Unfallversicherungsträger ist nicht erforderlich.**

5 Kostenzusage

Die EAP-Einrichtung leitet die EAP-Erstverordnung an den Unfallversicherungsträger zwecks Kostenzusage weiter. Innerhalb von 3 Tagen bestätigt oder widerspricht der Unfallversicherungsträger der Kostenübernahme. Wochenenden und Feiertage verlängern diese Frist.

Ein Widerspruch der Kostenzusage hat gegenüber dem verordnenden Arzt, dem Versicherten und der EAP-Einrichtung zu erfolgen.

Im Rahmen der Reha-Planung nach Ziffer 3 des Handlungsleitfadens „Das Reha-Management der DGUV“ ist eine zusätzliche Genehmigung nicht erforderlich.

Folgeverordnungen bedürfen keiner weiteren Kostenzusage.

6 Aufgaben der Einrichtung

- Befundaufnahme und Dokumentation zu Beginn, im Verlauf und zum Ende der Therapie
- Erstellung von Befund- und Therapieberichten nach Aufforderung durch den Unfallversicherungsträger
- unverzügliche Durchführung der Therapie gemäß ärztlicher Verordnung nach Kostenzusage des Unfallversicherungsträgers
- Einhaltung des Leistungsumfangs
- Abrechnung gemäß EAP-Gebührenverzeichnis
- Übersendung des Vordrucks F2414 „Abrechnung für Erweiterte Ambulante Therapie“ (Anlage 3.1) an den Unfallversicherungsträger mit der Abrechnung
- Durchführung einer bedarfsabhängigen Fallbesprechung mit dem Unfallversicherungsträger

7 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers

- Steuerung des Heilverfahrens
- Prüfung der Kostenübernahme
- Qualitätssicherung
- Unverzügliche Rechnungsbegleichung, spätestens innerhalb von vier Wochen

8 Wo können die Verordnungen bezogen werden?

Die Verordnungen werden ausschließlich in elektronischer Form angeboten und können auf folgender Internetseite heruntergeladen werden:

🔗 <https://www.dguv.de/formtexte/index.jsp>

9 Qualitätssicherung

Die Einrichtungen der EAP haben sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen der Unfallversicherungsträger zu beteiligen.

Die Qualitätssicherungsmaßnahmen können z. B. auch ein jährliches Review der abgeschlossenen Fälle beinhalten.

Teil D

Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)

1 Definition

Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW) umfasst die nach Abschluss der Akutbehandlung in zeitlichem Zusammenhang stehenden medizinisch indizierten stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere die intensive Übungsbehandlung (ggf. unter Einschluss arbeitsbezogener Abklärung).

Sie findet unter ärztlicher Leitung und stationären Bedingungen in solchen Kliniken statt, die hierfür von den Landesverbänden der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung beteiligt sind. Sie umfasst den Zeitraum, in dem bei schweren Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates und des zentralen und peripheren Nervensystems zur Optimierung des Rehabilitationserfolges ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht ausreichend oder nicht möglich bzw. nicht durchführbar sind.

2 Indikationen

Eine mögliche medizinische Indikation für die BGSW besteht bei Verletzungen, die nach dem Verletzungsartenverzeichnis für das Verletzungsartenverfahren (VAV) oder das Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) vorgesehen sind.

Der Zeitpunkt des Beginns der BGSW hängt ab von der Verletzungsart, der Art der Operation, von fallbezogenen Kontextfaktoren sowie vom Teilhabeziel.

Die Rehabilitationseinrichtung muss hinsichtlich ihrer personellen, räumlichen sowie technisch-apparativen Ausstattung in der Lage sein, für den Patienten situationsgerecht eine optimale rehabilitative Behandlung leisten zu können.

Rückenmarkverletzte, Schwer-Brandverletzte und Schwer-Schädel-Hirnverletzte sind nach der Akutversorgung in spezielle Zentren zu verlegen.

Im Einzelfall kann darüber hinaus nach Rücksprache mit dem Beratenden Arzt auch bei anderen Indikationen/Diagnosen eine BGSW indiziert sein.

Außerdem können gravierende Begleiterkrankungen auch bei nicht im Verletzungsartenverzeichnis aufgeführten Verletzungen eine BGSW erfordern.

Zusätzlich können soziale und organisatorische Gründe Anlass für eine BGSW sein (z. B. persönliche und häusliche Verhältnisse, unzumutbare Anfahrtswege).

3 Behandlungsinhalt

Die BGSW beinhaltet die fachlich-medizinischen Leistungen, die darauf ausgerichtet sind, unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal, nach einem ärztlichen Behandlungsplan, vorwiegend durch Anwendung von

- Physiotherapie/Krankengymnastik
- medizinischer Trainingstherapie
- Elektrotherapie
- Hydrotherapie und Thermotherapie
- Mechanotherapie (Manuelle Lymphdrainage und Massage)
- Ergotherapie
- Rehabilitationspflege
- arbeitsplatzbezogenem Aktivitätstraining
- sozialer Betreuung und anderer geeigneter Hilfen

den Gesundheitszustand zu verbessern oder einer Verschlimmerung entgegenzuwirken.

Die verschiedenen Behandlungselemente sind kombiniert einzusetzen.

Ergänzend dazu kommen im Bedarfsfall

- Ernährungs- und Diätberatung
- Sozialberatung
- Patientenschulung
- psychologische Betreuung
- Hilfsmittelberatung, -versorgung und -gebrauchsschulung

zur Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit in Betracht.

Zusätzlich beinhaltet die BGSW für Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems

- Logopädie
- neuropsychologische Therapie
- Psychotherapie
- Soziotherapie
- Angehörigenbetreuung/-beratung

4 Leistungsumfang

4.1 Therapeutische Maßnahmen

Eine BGSW-Einrichtung sollte für Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates mindestens folgende Einzeltherapie-Leistungen pro Tag entsprechend dem jeweiligen Verletzungsfolgezustand abgeben bzw. erbringen:

Orientierende Richtwerte für den Therapieplan sollten sein:

- 30 Minuten Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzelbehandlung
- 60 Minuten Medizinische Trainingstherapie (MTT, MAT)
- 30 Minuten Ergotherapie als Einzelleistung
- 60 Minuten Hydro-, Mechano-, Elektrotherapie

Die aktiven therapeutischen Einzelleistungen müssen mindestens 3 Stunden pro Tag betragen. Abweichungen nach unten sind auf Aufforderung zu begründen. Eine Gesamtnettotherapiezeit (einschließlich Gruppenbehandlungen) von 4 Stunden darf nicht unterschritten werden.

Eine BGSW-Einrichtung für Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems sollte in jedem Bereich (Sensomotorik, Koordination, Sprache/Sprechen, Kognition, Psyche), in dem alltags- und berufsrelevante Funktions- und Aktivitätsstörungen bestehen, tägliche Einzeltherapie abgeben bzw. erbringen.

4.2 Arbeitsbezogene Maßnahmen

Im Rahmen der BGSW kommt als arbeitsbezogene Maßnahme die arbeitsplatzbezogene medizinische Trainingstherapie (Work Conditioning) zum Einsatz.

Hierunter sind die therapeutischen Maßnahmen zu verstehen, die geeignet sind, bestehende physische Defizite in der neuromuskulären (Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination) und der kardiopulmonalen Funktion auszugleichen.

Weiterführende arbeitsplatzbezogene, therapeutische Maßnahmen, im Sinne des Work Hardening sind Gegenstand der ABMR. Work Hardening in diesem Sinne sind die therapeutischen Maßnahmen, bei denen physische Konditionierung und Arbeitssimulationstraining zur Anwendung kommen. Näheres dazu unter ABMR.

Soweit in der Reha-Planung absehbar ist, dass eine ABMR erforderlich werden könnte, sollte bereits die BGSW in einer zur ABMR zugelassenen Einrichtung durchgeführt werden.

5 Ausstellen der Verordnung

Wer verordnet und zu welchem Zeitpunkt?

Der D-Arzt oder der Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger verordnet die BGSW so rechtzeitig vor dem vorgesehenen Behandlungsbeginn, dass der Unfallversicherungsträger die Möglichkeit hat, innerhalb von 24 Stunden eine Entscheidung zu treffen.

Nach der Genehmigung stimmt der verordnende Arzt den Aufnahmetermin mit der BGSW-Klinik ab. Dabei stellt er sicher, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme alle notwendigen ärztlichen Unterlagen dort vorliegen.

Wie wird verordnet?

Mit dem Vordruck gemäß Anlage 5 „Verordnung zur Durchführung einer BGSW (F 2150)“. Dieser ist an den zuständigen Unfallversicherungsträger zu senden, damit eine Genehmigung geprüft werden kann.

Für welchen Zeitraum wird verordnet?

Solange ein erkennbarer und messbarer Funktionsgewinn zur völligen oder weitestgehenden Wiederherstellung zu verzeichnen ist oder einer drohenden Verschlimmerung vorgebeugt werden kann und solange die Maßnahme unter stationären Bedingungen erfolgen muss; grundsätzlich für längstens 4 Wochen.

Beachte:

Jede Verlängerung muss vom Arzt der BGSW-Klinik beim Unfallversicherungsträger eine Woche vor dem Ablauf des bereits genehmigten Zeitraumes formlos beantragt und begründet werden.

Ist nach dem genehmigten Behandlungszeitraum kein Funktionsgewinn feststellbar, ist festzulegen, ob

- die BGSW abzuschließen ist oder
- eine andere medizinische Maßnahme, ggf. welche, notwendig sein könnte.

6 Genehmigung

6.1 Erstverordnung

Der Unfallversicherungsträger entscheidet innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der Verordnung über die Anerkennung oder Ablehnung der BGSW. Die Information erfolgt jeweils gegenüber dem verordnenden Arzt, dem Versicherten und der BGSW-Klinik.

Antwortet der Unfallversicherungsträger dem verordnenden Arzt nicht innerhalb von 24 Stunden, gilt die BGSW als genehmigt. In diesem Fall informiert der verordnende Arzt darüber schriftlich die BGSW-Klinik und sendet ihr ausnahmsweise direkt die Verordnung zu. Wochenenden und Feiertage verlängern diese Frist.

Im Rahmen der Reha-Planung nach Ziffer 3 des Handlungsleitfadens „Das Reha-Management der DGUV“ ist eine zusätzliche Genehmigung nicht erforderlich.

6.2 Verlängerungsantrag

Der begründete formlose Verlängerungsantrag der BGSW-Klinik ist vom Unfallversicherungsträger zu genehmigen bzw. abzulehnen.

7 Aufgaben der BGSW-Klinik

- Unverzügliche Aufnahme in Absprache mit dem verordnenden Arzt
- Unverzügliche Erstattung des Aufnahmeberichts (F 2152, Anlage 4.2) durch den leitenden Arzt der BGSW-Klinik
- Bei Behandlung begleitender peripherer Nervenverletzungen in BGSW-Kliniken für Verletzungen des Stütz- und Bewegungssystems ist eine Diagnostik und ggf. Mitbehandlung durch einen Neurologen erforderlich; dies gilt auch bei Zustand nach akutem komplexen regionalen Schmerzsyndrom I und II (Reflex-/Algodystrophiesyndrom, Morbus Sudeck, CRPS)
- Durchführung der Therapie gemäß Therapievorschlag auf BGSW-Verordnung (F 2150) und ärztlichem Behandlungsplan
- Einhaltung des Leistungsumfangs nach 4, Teil D
- Durchführung einer regelmäßigen Fallkonferenz mit dem Unfallversicherungsträger
- Beendigung der BGSW mit BGSW-Kurzbericht (F 2156, Anlage 4.3); dieser ist entbehrlich, wenn der Abschlussbericht (F 2160, Anlage 4.4) bereits zur Entlassung fertig gestellt ist oder in der abschließenden Fallkonferenz Regelungen getroffen worden sind. In diesem Fall sind „Medikation“ und „Vorschläge“ im Abschlussbericht anzugeben
- Erstattung eines Abschlussberichts an den Unfallversicherungsträger innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung
- Übersendung des Vordrucks „Therapie- und Dokumentationsplan“ (F 2158, Anlage 4.5) sofort nach Abschluss der 14-tägigen Behandlung an den zuständigen Unfallversicherungsträger. Für weitere Behandlung ist ein neuer Plan zu verwenden
- Zeitgerechte und vollständige Berichtserstattung, da sonst die Bezahlung der Behandlungskosten erst nach Eingang der Berichte erfolgt
- Rücküberweisung der Versicherten an den weiterbehandelnden Arzt

- Bei Behandlungsbedürftigkeit über den genehmigten Zeitraum hinaus ist die Verlängerung vom Arzt der BGSW-Klinik beim Unfallversicherungsträger eine Woche vor dem Ablauf des bereits genehmigten Zeitraums formlos zu beantragen
- Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen und Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen

8 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers

- Durchführung des Genehmigungsverfahrens nach 6., Teil D;
Benachrichtigung des Versicherten mit Vordruck V 2152 (Anlage 4.6)
- Auswahl der BGSW-Klinik in Abhängigkeit vom Verletzungsmuster und der Begleitfaktoren
- Qualitätssicherung
- Bezahlung der Rechnungen nach vollständiger Vorlage der Berichte (Kurzbericht, Abschlussbericht, Therapie- und Dokumentationsplan)

9 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?

Zuständig ist der jeweilige Landesverband der DGUV (Muster s. Anlagen).

Kontaktdaten der Landesverbände:

🔗 <https://www.dguv.de/landesverbaende/de/wir-ueber-uns/index.jsp>

Teil E

Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR)

1 Definition

Um arbeitsplatzbezogene muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR) handelt es sich, wenn während der medizinischen Rehabilitation nicht nur Funktions- und Strukturstörungen zu beseitigen oder zu kompensieren sind, sondern wenn vielmehr auch konkret benötigte arbeitsrelevante Aktivitäten in die Therapie zu integrieren sind.

Dies geschieht mit Hilfe einer spezifischen Arbeitsorientierung, um eine ausreichende funktionelle Belastbarkeit für die möglichst unmittelbar anschließende Arbeitsfähigkeit i.S. einer vollschichtigen Rückkehr an den (bisherigen) Arbeitsplatz zu erreichen.

2 Therapieelemente

Zu den Therapieelementen der ABMR zählen zusätzlich zu den Behandlungsinhalten der EAP und BGSW die arbeitsplatzbezogenen Therapieelemente:

- Ergotherapie (Ergo- mit Schwerpunkt Arbeitstherapie)
- Work-Hardening
- Arbeitssimulationstraining (durch ein speziell geschultes Team aus der KG, MTT und Ergotherapie)
- das fakultativ durchgeführte Praxistraining

bei denen der Rehabilitand die physischen Behandlungsergebnisse aus der KG, PT und MTT in Übungen, die den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit entsprechen, umsetzt.

3 Zielgruppe und Indikationen

Die ABMR ist insbesondere indiziert bei:

- Menschen, die körperlich arbeiten oder
- Menschen mit spezifischen körperlichen Arbeitsbelastungen (einseitig monoton und/oder koordinativ beanspruchende Tätigkeiten) im Bereich der verletzten Körperregion (wie Uhrmacher, Schreibkraft etc.)

und

- Erst-Arbeitsunfähigkeits-Prognose > 112 Tagen (16 Wochen) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren wie z.B. Alter, Begleiterkrankungen etc. oder
- Fälle mit zeitlicher Überschreitung der Erst-Arbeitsunfähigkeits-Prognose oder
- Fälle, die die speziellen Kriterien zur Fallauswahl nach Ziffer 2.1 des Handlungsleitfadens „Das Reha-Management der DGUV“ erfüllen.

Keine Indikation besteht in der Regel bei Menschen, die weder körperlich beanspruchende noch spezifische körperliche Arbeitsbelastungen im Bereich der verletzten Körperregion ausführen.

4 Voraussetzung, Beginn und Therapiegrundsätze

Erste Voraussetzung für die Durchführung der ABMR ist eine ausreichende medizinische Grundbelastbarkeit für die Ausführung der körperlich beanspruchenden Therapiebestandteile (siehe insbesondere 5., Nr. 1 d Screening-Test). Zusätzliche Voraussetzung ist die Prognose des Erreichens der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich innerhalb der nächsten 4 Wochen. In begründeten Einzelfällen kann von dieser Frist abgewichen werden.

Das Training beschränkt sich nicht nur auf die verletzte Struktur, sondern bezieht den ganzen Körper ein. Ggf. wird durch Erlernen und Einüben von geeigneten Bewegungsabläufen ein verbleibendes Defizit kompensiert und so eine optimale Leistungsfähigkeit erreicht.

5 Ablauf und Behandlungsinhalt

1. Feststellung des Reha-Bedarfs:

- a) Bereitstellung aktueller Befundberichte und des Tätigkeitsprofils durch den UV-Träger
- b) Feststellung der Grundbelastbarkeit für die Durchführung der ABMR durch den für die ABMR qualifizierten Arzt der Einrichtung
- c) Erhebung und Dokumentation einer detaillierten, standardisierten und funktionalen Tätigkeitsanalyse, um die kritischen Belastungselemente des jeweiligen Arbeitsplatzes zu identifizieren
- d) Anfertigung eines Patientenfähigkeitsprofils
- e) Anwendung eines Screenings der kritischen Arbeitsplatzanforderungen mittels eines FCE-Systems
- f) Abgleich des Patientenfähigkeitsprofils mit dem erhobenen Tätigkeitsprofil und Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs
- g) Festlegung der für den Rehabilitationsbedarf notwendigen Therapieinhalte und Aufstellung des Therapieplans durch das Reha-Team mit Zustimmung des Versicherten

(Mengenmäßig individuelle Zusammenstellung der unter 2., Teil E genannten Therapieelemente)

2. Durchführung der Therapie:

Die therapeutischen Maßnahmen sind gemäß Vorgabe des leitenden Arztes und, je nach Indikationen und/oder Leistungszustand des Versicherten, mindestens an 5 Tagen pro Woche durchzuführen. Zu Beginn liegt die tägliche Therapiedauer bei 3 Stunden und wird mit zunehmender Dauer und unter ständiger ärztlicher Verantwortung in Abstimmung mit den beteiligten Therapeuten kontinuierlich bis zur möglichen Ausübung einer vollschichtigen Tätigkeit gesteigert und intensitätsbezogen angepasst.

3. Abschluss der Therapie:

Nach Beendigung der Behandlung erfolgt ein Abschlusstest und erneuter Abgleich zwischen dem Arbeitsplatzanforderungs- und dem aktuellen Fähigkeitsprofil. Das Ergebnis ist einschließlich einer Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit zu dokumentieren (siehe 7., Teil E).

4. Praxistraining:

Das Praxistraining erfolgt unter realen Arbeitsbedingungen. Hierbei soll insbesondere das Training unter Berücksichtigung der qualitativen Arbeitsanforderungen stattfinden. Voraussetzung ist eine arbeitsplatzbezogene Belastbarkeit des Versicherten von mindestens 2 Stunden.

Je nach Bedarf und Einschätzung kann ein Praxistraining am Arbeitsplatz des Versicherten oder Einrichtungen mit starkem Bezug zur realen Arbeitswelt (Bildungszentren der Handwerkskammern/Innungen, Kooperationsbetriebe, Lehrwerkstätten, sonstige Bildungseinrichtungen) erfolgen. Entscheidend für die Auswahl des jeweiligen externen Kooperationspartners ist das Konzept des Leistungserbringers bzw. der Anspruch des Leistungsträgers. Näheres bedarf der konkreten Planung im Einzelfall unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten.

5. Anforderungen für das Praxistraining:

Die zur ABMR zugelassene Einrichtung stellt die Eignung der externen Kooperationspartner sicher. Die therapeutische Begleitung am Ort des Praxistrainings ist durch die zugelassene Einrichtung der ABMR sicherzustellen.

6 Verfahren

Das Verfahren beginnt mit herkömmlichen therapeutischen Maßnahmen im Heilverfahren in einer ABMR-Einrichtung. Zu diesem Zweck wird der Reha-Manager den Versicherten in der Regel in eine ABMR-Einrichtung steuern müssen. Sobald die Grundbelastbarkeit im Sinne von 4., Teil E, besteht und der für die ABMR qualifizierte Arzt der Einrichtung eine ABMR für erforderlich hält, wird dies mit Bitte um Genehmigung mit dem als Anlage 5.1 beigefügten Vordruck F 2162 an den UV-Träger übermittelt, der die ABMR binnen 24 Stunden bewilligt. Der genehmigte ABMR-Zeitraum beträgt grundsätzlich 4 Wochen.

Im Rahmen der Reha-Planung nach Ziffer 3 des Handlungsleitfadens „Das Reha-Management der DGUV“ ist eine zusätzliche Genehmigung nicht erforderlich.

Die Entscheidung über eine Verlängerung der ABMR um weitere 2 Wochen erfolgt auf der Grundlage eines erneuten Abgleichs zwischen der Tätigkeitsanalyse mit dem aktuellen Fähigkeitsprofil in der Regel in der Fallkonferenz. Die Auswertungsergebnisse der Qualitätssicherung stellen dabei Entscheidungshilfen dar (siehe 8., Teil E).

7 Berichtswesen

Die ABMR-Einrichtung erstattet dem zuständigen Unfallversicherungsträger zu Beginn der Maßnahme einen Aufnahmebericht (F 2164, Anlage 5.2).

Am Ende der ABMR-Maßnahme wird ein Abschlussbericht (Vordruck F 2166, Anlage 5.3) erstellt und an den zuständigen Unfallversicherungsträger gesandt.

Die Formulare erhält die ABMR-Einrichtung beim zuständigen Landesverband der DGUV (Muster s. Anlagen).

Kontaktdaten der Landesverbände:

↗ <https://www.dguv.de/landesverbaende/de/wir-ueber-uns/index.jsp>

8 Qualitätssicherung

Die Einrichtungen der ABMR haben sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen der UV-Träger zu beteiligen.

Zur Qualitätssicherung kann auch ein jährliches Review der abgeschlossenen Fälle gehören.

Die Einrichtung ist darüber hinaus bereit, regelmäßige Fallkonferenzen mit dem Unfallversicherungsträger durchzuführen.

Beachte:

Sobald eine medizinische Grundbelastbarkeit vorliegt, die eine mindestens 3 Std./tgl. arbeitsplatzbezogene Therapie zulässt, kann der leitende Arzt der Einrichtung den Übergang in die ABMR beantragen und sich genehmigen lassen. Eine Verordnung des Durchgangsarztes oder eines anderen hierzu bevollmächtigten Arztes bedarf es nicht. In Fällen, die absehbar zur ABMR führen, finden die zuvor notwendigen therapeutischen Maßnahmen, insbesondere die BGSW/EAP, sinnvollerweise schon in einer zugelassenen ABMR-Einrichtung statt, um arbeitsplatzbezogene Therapieformen rechtzeitig in die medizinische Rehabilitation zu integrieren.

Die ABMR ist eine Therapieform der Heilbehandlung nach dem SGB VII und bedarf der konsequenten Steuerung im Reha-Management des UV-Trägers einschließlich regelmäßiger Fallkonferenzen gemäß Handlungsanleitung Reha-Management der DGUV (mit Versichertem, Reha-Team aus der ABMR-Einrichtung und UV-Reha-Manager).

Anlage 1

Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie (F 2400)

Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie			
Unfallversicherungsträger		Sie dürfen Leistungen dieser Verordnung erbringen und abrechnen, wenn Sie die Regelungen der Vereinbarung zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennen. Insbesondere ist Voraussetzung, dass Sie die fachlichen Anforderungen erfüllen und die vereinbarten Gebühren akzeptieren. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch.	
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum		
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort		Diagnose	
Unfalltag			
1 Leistungsziffer (s. Folgeseite):	Leistungsziffer (s. Folgeseite):	Leistungsziffer (s. Folgeseite):	Leistungsziffer (s. Folgeseite):
Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:
Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:
2 Nur auszufüllen bei Überschreiten der Regel-Zeitintervalle (siehe Folgeseite)			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> Die Behandlungszeiten ergeben sich aus dem gültigen Leistungsverzeichnis. Soweit medizinisch notwendig für einzelne Leistungsziffern die vorgegebenen Behandlungseinheiten oder Zeitintervalle¹⁾ pro Tag (s. Folgeseite) überschritten werden sollen, ist dies nachfolgend unter Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten und der Zeitintervalle zu begründen! </div>			
Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:
Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:
Gründe:	Gründe:	Gründe:	Gründe:
3 Begründung für eine Weiterverordnung nach einer Behandlungszeit von 4 Wochen:			
4 Behandlungsbeginn am <input type="text"/> Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am <input type="text"/> (spätestens alle 28 Tage)		Stempel des D-Arztes Datum Unterschrift des D-Arztes	
Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite benutzen!			
¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von 10 Minuten.			

Übersicht über Leistungsziffern, -beschreibungen und Zeitintervalle¹⁾ pro Behandlungseinheit
(bei allen Leistungen ist im Regelfall eine Behandlungseinheit pro Behandlungstag zu Grunde zu legen)

<p>8101 (9101)²⁾ Krankengymnastische Behandlung auch auf neurophysiologischer Grundlage <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8102 (9102)²⁾ Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Kind <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p>8103 (9103)²⁾ Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Erwachsenen <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p>8104 (9104)²⁾ Krankengymnastische Behandlung in Gruppen ab 3 Teilnehmer <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8105 (9105)²⁾ Krankengymnastik im Bewegungsbad (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8106 (9106)²⁾ Krankengymnastik im Bewegungsbad in Gruppen (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8107 (9107)²⁾ Manuelle Therapie <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p>	<p>8201 (9201)²⁾ Wärmeanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (alle Wärmestrahler) <i>Regel-Zeitintervalle: 1</i></p> <p>8202 (9202)²⁾ Heiße Rolle bei einem oder mehreren Körperabschnitten <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8203 (9203)²⁾ Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8204 (9204)²⁾ Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung eines Körperabschnittes (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8205 (9205)²⁾ Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Doppelpackung, zwei Körperabschnitte (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8206 (9206)²⁾ Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (Komresse, Eisbeutel, Peloide, Eisteilbad) <i>Regel-Zeitintervalle: 1</i></p> <p>8207 (9207)²⁾ Apparative Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperteilen</p>	<p>8301 (9301)²⁾ Elektrobehandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Reizströmen <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8302 (9302)²⁾ Elektrogymnastik einzelner oder mehrerer Körperabschnitte bei Lähmungen <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8303 (9303)²⁾ Behandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Ultraschall <i>Regel-Zeitintervalle: 1</i></p> <p>8304 (9304)²⁾ Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Iontophorese (ohne Medikamente) <i>Regel-Zeitintervalle: 1</i></p>	<p>8401 (9401)²⁾ Klassische Massage sowie Spezialmassage</p> <p>8402 (9402)²⁾ Manuelle Lymphdrainage eines Körperabschnittes <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p>8403 (9403)²⁾ Manuelle Lymphdrainage zweier oder mehrerer Körperabschnitte <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p>8403 a (9403 a)²⁾ Kompressionsbandagierung</p> <p>8405 (9405)²⁾ Hand-, Fußbad mit Zusatz (+)</p> <p>8407 (9407)²⁾ Gashaltiges Bad (+)</p> <p>8409 (9409)²⁾ Hydroelektrisches Vollbad (+)</p> <p>8410 (9410)²⁾ Zwei- und Vierzellenbad</p> <p>8412 (9412)²⁾ Unterwasserdruckstrahlmassage (+)</p> <p>8413 (9413)²⁾ Chirogymnastik</p> <p>8414 (9414)²⁾ Extensionsbehandlung</p>	<p>8501 (9501)²⁾ Einzelinhalation <i>Regel-Zeitintervalle: 1</i></p> <p>8502 (9502)²⁾ Rauminhalation <i>Regel-Zeitintervalle: 1</i></p> <p>8601 (9601)²⁾ Zusätzlich ärztlich verordnete Ruhe</p> <p>8602 (9602)²⁾ Ärztlich verordneter Hausbesuch</p>
--	--	---	--	--

¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten.

²⁾ Die mit „8“ beginnenden Ziffern entsprechen der Vereinbarung mit den Verbänden der physiotherapeutischen Berufe. Die mit „9“ beginnenden Ziffern entsprechen dem BG-Nebenkostentarif bei ambulanter Leistungserbringung durch ein Krankenhaus.

(+) Bei allen mit (+) gekennzeichneten Positionen ist die erforderliche Nachruhe Bestandteil des Vergütungssatzes.

Bestätigung der Leistungserbringung durch den Versicherten			
Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum
Unterschrift Therapeut
Stempel Therapeutische Praxis

Anlage 2

Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie

Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie

Unfallversicherungsträger		Sie dürfen Leistungen dieser Verordnung erbringen und abrechnen, wenn Sie die Regelungen der Vereinbarung zwischen ergotherapeutischem Berufsverband und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennen. Insbesondere ist Voraussetzung, dass Sie die fachlichen Anforderungen erfüllen und die vereinbarten Gebühren akzeptieren. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch.
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	

Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)

Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort	Diagnose
---	----------

Unfalltag

1 Leistungsziffer (s. Folgeseite):	Leistungsziffer (s. Folgeseite):	Leistungsziffer (s. Folgeseite):	Leistungsziffer (s. Folgeseite):
Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:
Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:

2 Nur auszufüllen bei Überschreiten der Regel-Zeitintervalle (siehe Folgeseite)

Die Behandlungszeiten ergeben sich aus der gültigen „Leistungsbeschreibung Ergotherapie für die gesetzliche Unfallversicherung“. Soweit medizinisch notwendig für einzelne Leistungsziffern die vorgegebenen Behandlungseinheiten oder Zeitintervalle¹⁾ pro Tag (s. Folgeseite) überschritten werden sollen, ist dies nachfolgend unter Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten und der Zeitintervalle zu begründen!

Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:
Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:
Gründe:	Gründe:	Gründe:	Gründe:

3 Begründung für eine Weiterverordnung nach einer Behandlungszeit von 4 Wochen:

4 Behandlungsbeginn am	Stempel des D-Arztes/Handchirurgen	Datum
<input type="text"/>		
Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am		Unterschrift des D-Arztes/Handchirurgen
<input type="text"/>		
(spätestens alle 28 Tage)		

Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite benutzen!

¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von 15 Minuten.

Übersicht über Leistungsziffern, -beschreibungen und Zeitintervalle¹⁾ pro Behandlungseinheit
 (bei allen Leistungen ist im Regelfall **eine** Behandlungseinheit pro Behandlungstag zu Grunde zu legen)

<p>11.1 Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p>11.2 Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/-perzeptiven Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p>11.3 Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/-Neuropsychologisch orientierte Behandlung <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p>11.4 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 5</i></p> <p>11.5 Arbeitstherapie/betriebliches Arbeitstraining (in enger Kooperation und nur nach Genehmigung durch UV-Träger; hierzu nimmt Ergotherapeut mit UV-Träger Kontakt auf) <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p>11.6 Beratung zur Integration in das berufliche und soziale Umfeld (außerhalb der ergotherapeutischen Praxis - in enger Kooperation und nur nach Genehmigung durch UV-Träger; hierzu nimmt Ergotherapeut mit UV-Träger Kontakt auf) <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p>	<p>12.2 Thermische Anwendungen - Wärme oder Kälte</p> <p>12.3 Ergotherapeutische temporäre Schiene (bei Schienen über 150 EUR ist ein Kostenvoranschlag erforderlich)</p> <p>12.5 Ärztlich verordneter Hausbesuch</p>
---	--

¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 15 Minuten. Die notwendige Vor- und Nachbereitung ist Bestandteil der Behandlungszeit.

Eine ergotherapeutische Gruppenbehandlung kann erst erfolgen, wenn dieser eine ergotherapeutische Befunderhebung im Rahmen einer Einzelbehandlung vorausging, bei der auch die Zuordnung zur entsprechenden Gruppe erfolgt. Nach bereits erfolgter Einzelbehandlung werden in Absprache mit dem verordnenden Arzt Gruppenbehandlungen ohne nochmalige Befunderhebung durchgeführt.

Bestätigung der Leistungserbringung durch den Versicherten			
Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum
Unterschrift Therapeut
Stempel Therapeutische Praxis

Anlage 3

3.1 Verordnung EAP – Erstes Ordnungsblatt für die EAP-Einrichtung (F 2410)

Verordnung zur Durchführung einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)				
Unfallversicherungsträger		Die EAP darf erst mit Vorliegen der Kostenzusage des UV-Trägers begonnen werden. Diese Verordnung umfasst 2 Wochen. Zur Fortführung ist eine neue Verordnung der/des D-Ärztin/D-Arzt ¹ notwendig. Eine weitere Kostenzusage des UV-Trägers ist nicht erforderlich. Die EAP umfasst als Komplextherapie immer Krankengymnastik, Physikalische Therapie und Medizinische Trainingstherapie (MTT). Eine isolierte MTT bedarf keiner Kostenzusage und ist in einer EAP-Einrichtung durchzuführen. - Weitere Hinweise siehe Folgeseite -		
Name der versicherten Person				
Geburtsdatum				
Vollständige Anschrift				
Telefon-Nr.		Beschäftigt als		
Unfalltag/AZ des Unfallversicherungsträgers				
1. Diagnose(n), die die EAP begründen	ICD 10	OP-Datum	Art der Versorgung	AO-Klass.
a)				
b)				
c)				
d)				
2. Beigefügt ist: <input type="checkbox"/> Reha-Plan <input type="checkbox"/> Vorbefunde (Entlassungsbericht, OP-Bericht usw.) <input type="checkbox"/> D-Arzt-Bericht (F 1000)				
3. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren (Freitext und ICD 10), die für die EAP relevant sein können:				
4. Therapiehinweise: <input type="checkbox"/> Stabilitätsgrad (z.B. belastungsstabil 20 kg bis): <input type="checkbox"/> Weitere Limits (z.B. Bewegungsausmaß): <input type="checkbox"/> Therapieeinschränkende Wunden: <input type="checkbox"/> Multiresistente Erreger: <input type="checkbox"/> Bitte um Anruf (T.Nr. und Zeitfenster bitte angeben) durch Therapeutin/Therapeuten: <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. orthopädie-technische Versorgung, Sprachbarriere etc.):				
5. Konkrete Therapieziele (z.B. Abtrainieren der Gehstützen, Treppensteigen 1. Etage; ROM 0-0-90° etc.): <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzbezogene Therapieziele (z.B. Überkopfarbeit, Bewältigung von langen Gehstrecken, Heben/Tragen):				
6. Leistungsumfang: <input type="checkbox"/> EAP (Krankengymnastik, Physikalische Therapie und MTT als Komplextherapie) <input type="checkbox"/> MTT (isoliert und in EAP-Einrichtung) ² <input type="checkbox"/> Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte usw.): <input type="checkbox"/> Ergotherapie wurde zusätzlich verordnet				
7. Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche <input type="checkbox"/> ___ Tage/Woche Voraussichtliche Gesamtdauer der EAP:				
8. Vorgeschlagene EAP-Einrichtung:				
9. Beginn der EAP: <input type="checkbox"/> Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) <input type="checkbox"/> Frühestens am (Datum):				
10. Ergänzende Hinweise für den UV-Träger:				
Datum	Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes ¹		Unterschrift	
Fax-Nr. für Antwort:				
Kostenzusage des UV-Trägers (nur bei EAP-Erstverordnung erforderlich) <input type="checkbox"/> nein, Information folgt <input type="checkbox"/> ja				
Datum	Unterschrift			

¹ oder Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag

² Die Kostenzusage der isolierten MTT durch den UV-Träger ist nicht erforderlich.

Hinweise

Ist neben der EAP zusätzlich eine ergotherapeutische Behandlung erforderliche, ist diese gesondert mit dem Vordruck F 2402 zu verordnen.

Ein EAP-Verfahren ist grundsätzlich auf 4 Wochen begrenzt. Sollte die EAP über 4 Wochen hinaus erforderlich sein, ist zusätzlich zur Verordnung eine ärztliche Begründung notwendig. Soweit der UV-Träger der Fortführung über die 4. Woche hinaus nicht widerspricht, kann die EAP weiterhin erbracht werden.

MUSTER

Hinweis: Das zweite Verordnungsblatt (für den UV-Träger) und das dritte Verordnungsblatt (für den Eigenbedarf) sind Durchschriften. Diese Blätter sind nicht beigelegt.

3.2 Abrechnung für Erweiterte Ambulante Physiotherapie (F 2414)

Abrechnung für Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)/Medizinische Trainings Therapie (MTT) isoliert

EAP-Institut: _____ Name, Vorname der versicherten Person: _____

Geburtsdatum: _____ Unfalltag: _____
Kooperationsärztin/ Kooperationsarzt: _____

Kostenzusage durch UV-Träger am _____ (Verordnung beifügen)

Datum	EAP als Komplextherapie (Krankengymnastik, Physiotherapie, MTT) mindestens 120 Minuten Unterschrift der versicherten Person	Isolierte Medizinische Trainingstherapie mindestens 60 Minuten Unterschrift der versicherten Person	EAP Pauschale ¹	MTT isoliert ²	Test, Untersuchungen, Berichte		
					Erstellung u. Dokumentation Therapieplan	Eingangs- u. Abschlusstests an isokinetischen Geräten	Auswertung der isokinetischen Eingangs- u. Abschlusstests
Summe							

¹ Leistungen der EAP (Komplextherapie) können pro Tag mit einer Tagespauschale abgerechnet werden. Der Betrag ist dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis zu entnehmen.
² Wird MTT isoliert erbracht, ist der Betrag dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis zu entnehmen.

Abrechnung für Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)/Medizinische Trainings Therapie (MTT) isoliert

Datum	EAP als Komplextherapie (Krankengymnastik, Physiotherapie, MTT) mindestens 120 Minuten	Isolierte Medizinische Trainingstherapie mindestens 60 Minuten	EAP Pauschale ¹	MTT isoliert ²	Test, Untersuchungen, Berichte		
	Unterschrift der versicherten Person	Unterschrift der versicherten Person			Erstellung u. Dokumentation Therapieplan	Eingangs- u. Abschlusstests an isokinetischen Geräten	Auswertung der isokinetischen Eingangs- u. Abschluss-tests
Summe							

¹Leistungen der EAP (Komplextherapie) können pro Tag mit einer Tagespauschale abgerechnet werden. Der Betrag ist dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis zu entnehmen.
²Wird MTT isoliert erbracht, ist der Betrag dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis zu entnehmen.

Anlage 4

4.1 Verordnung zur Durchführung einer BGSW (F 2150)

Verordnung zur Durchführung einer BGSW							
Unfallversicherungsträger		Mit der BGSW darf erst begonnen werden, sobald die Genehmigung des UV-Trägers vorliegt oder wenn 24 Stunden nach Übersendung dieser Verordnung an den UV-Träger von diesem keine Antwort vorliegt. Wochenenden und Feiertage verlängern diese Frist. Diese Verordnung umfasst den vorgeschlagenen Zeitraum, längstens aber vier Wochen. Eine Verlängerung muss vom Arzt der BGSW-Klinik beim UV-Träger eine Woche vorher formlos beantragt werden.					
Name, Vorname des Versicherten						Geburtsdatum	
Beschäftigt als	Seit						
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)							
Vollständige Anschrift des Versicherten			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht		
Unfalltag	Az. des UV-Trägers						
Diagnosen:							
Diagnose	ICD 10	OP-Datum	Art der Versorgung	ICPM	AO-Klassifikation		
1.							
2.							
3.							
4.							
Beigefügt ist: D-Arzt-Bericht (F1000) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wurde übersandt am _____.							
Behandlungsrelevante unfallunabhängige Diagnose(n): Freitext und ICD 10							
Therapie nicht ambulant möglich, weil							
<input type="checkbox"/> Schwere der Verletzung <input type="checkbox"/> ambulante Einrichtung nicht erreichbar <input type="checkbox"/> ambulante Betreuung/Versorgung aus sozialen/organisatorischen Gründen nicht gewährleistet <input type="checkbox"/>							
Therapieziel und -vorschläge:							
Kann der Versicherte voraussichtlich seine bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen?							
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nein							
Arbeitsbezogene Abklärung erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
Voraussichtliche Entlassung aus akutstationärer Behandlung:							
Sofortiger Beginn der BGSW nach Entlassung:							
<input type="checkbox"/> ja, vorgeschlagene BGSW-Klinik:							
<input type="checkbox"/> nein, weil:							
deshalb voraussichtlicher Beginn der BGSW am _____.							
Voraussichtliche Dauer der BGSW <input type="checkbox"/> 1 Woche <input type="checkbox"/> 2 Wochen <input type="checkbox"/> 3 Wochen <input type="checkbox"/> 4 Wochen							
Datum	Unterschrift des Durchgangsarztes		Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes				
Fax-Nr. für Antwort:							
Genehmigung							
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> ja, aber (z. B. andere BGSW-Klinik):							
<input type="checkbox"/> nein, Information folgt							
Datum	Unterschrift des Sachbearbeiters		Anschrift/Stempel des Unfallversicherungsträgers				
Der Versicherte wird über die Genehmigung informiert (Vordruck V 2152).							
Verteiler für Verordnung: UV-Träger			Verteiler für Genehmigung: BGSW-Klinik Verordnender D-Arzt				

4.2 BGSW-Aufnahmebericht (F 2152)

BGSW-Aufnahmebericht			
Unfallversicherungsträger		Bitte sofort nach der Aufnahme zusammen mit der Anlage 1 (Tätigkeitsbeschreibung) an den UV-Träger senden. Hierher überwiesen von: Die Genehmigung des UV-Trägers zur Überweisung in die BGSW auf dem F 2150 liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	
Beschäftigt als		Seit	
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Vollständige Anschrift des Versicherten		Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit
Geschlecht			
Unfalltag	Az. des UV-Trägers		
Behandlungsrelevante Diagnosen/Verletzungsfolgen (bitte genaue freitextliche Beschreibung): - falls abweichend vom F 2150 -		ICD 10	
Vom o. g. Unfall unabhängige Erkrankungen/Vorschäden, die einen Einfluss auf den Heilverlauf nehmen: - falls abweichend vom F 2150 -		ICD 10	
Relevante Funktions- und Fähigkeitsstörungen (nach ICF) zu Beginn der BGSW:			
Ist der Versicherte rehafähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil			
Therapieziele der BGSW-Klinik:			
Fügen Sie bitte zur Quantifizierung des Befundes ggf. Skalen und Messblätter bei.			
Datenschutz: Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.			
Aufnahmedatum: _____			
Behandelnder Arzt, Ansprechpartner		Telefon-Durchwahl:	
Datum	Unterschrift des Arztes	Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik	
Gebühr für BGSW-Aufnahmebericht mit Anlage 1 ist in Gebühr für BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht F 2160 enthalten.			
		Institutionskennzeichen (IK)	

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

Tätigkeitsbeschreibung zum BGSW-Aufnahmebericht (Anlage 1)

Erlerner Beruf:
Vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit:
Wird inzwischen eine Rente vom RV-Träger bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Beschreibung der **zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit** des Versicherten:

Art der Tätigkeit:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ständig stehend
<input type="checkbox"/> vorwiegend auf den Beinen
<input type="checkbox"/> gehend und stehend
<input type="checkbox"/> ständig sitzend
<input type="checkbox"/> im Wechsel von stehen/gehen/sitzen
<input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz
<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr | <input type="checkbox"/> an Maschine stehend
<input type="checkbox"/> an Maschine sitzend
<input type="checkbox"/> oft in gebückter Stellung
<input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen
<input type="checkbox"/> oft kniend, hockend
<input type="checkbox"/> andere Zwangshaltungen
<input type="checkbox"/> fremd-/ sprachliche Anforderungen
<input type="checkbox"/> Leitungs-/ Führungsaufgaben | <input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten bis 7 kg
<input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten von 7 - 20 kg
<input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten über 20 kg
<input type="checkbox"/> auf Gerüst und Leitern
<input type="checkbox"/> Erfordernis von Schwindelfreiheit
<input type="checkbox"/> Erfordernis von Gleichgewichtssinn
<input type="checkbox"/> besondere Handfertigkeiten
<input type="checkbox"/> ständig beidhändig |
|--|---|---|

Regelmäßige Arbeitszeit:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 6 Stunden und länger
<input type="checkbox"/> 3 Stunden bis unter 6 Stunden
<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden | <input type="checkbox"/> Einschicht
<input type="checkbox"/> Zweischicht
<input type="checkbox"/> Nachtschicht
<input type="checkbox"/> Wechselschicht | <input type="checkbox"/> Fließbandakkord
<input type="checkbox"/> Einzelakkord bzw. Stückakkord
<input type="checkbox"/> Gruppenakkord |
|---|---|--|

Äußere Einflüsse:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeit bei künstlichem Licht
<input type="checkbox"/> angestrengtes Sehen (Feinarbeit)
<input type="checkbox"/> Arbeit im Freien
<input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt
<input type="checkbox"/> Nässe
<input type="checkbox"/> Tragen von Sicherheitsschuhen | <input type="checkbox"/> Kälte
<input type="checkbox"/> Hitze
<input type="checkbox"/> Zugluft
<input type="checkbox"/> Druckluft
<input type="checkbox"/> starker Lärm
<input type="checkbox"/> Vibrationen und Erschütterungen | <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung
<input type="checkbox"/> belastigende Rauchentwicklung
<input type="checkbox"/> belastigende Gase oder Dämpfe
<input type="checkbox"/> chemische Einflüsse
<input type="checkbox"/> hautempfindliche Arbeiten |
|---|---|--|

Sonstiges:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> lange Anfahrtszeiten
<input type="checkbox"/> ständige Konzentration nötig
<input type="checkbox"/> besondere Verantwortlichkeit
<input type="checkbox"/> besonders gutes Reaktionsvermögen | <input type="checkbox"/> rasche Entscheidungsfähigkeit
<input type="checkbox"/> Anlagensteuerung (Überwachung)
<input type="checkbox"/> Auswärts-Montage
<input type="checkbox"/> Reisetätigkeit | <input type="checkbox"/> Pkw
<input type="checkbox"/> Lkw ohne Hebearbeiten
<input type="checkbox"/> Lkw mit Hebearbeiten
<input type="checkbox"/> sonstige Fahrzeuge
<input type="checkbox"/> Baumaschinenführer (Kran, Bagger...) |
|---|---|---|

Weitere spezifische Belastungen

Ich bestätige die Angaben

Unterschrift des Patienten

4.3 BGSW-Kurzbericht (F 2156)

BGSW-Kurzbericht

Unfallversicherungsträger		Bitte zusammen mit der Anlage 1 (Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung) und der BGSW-Verordnung (F 2150) dem Versicherten für den D-Arzt mitgeben und unverzüglich an den Unfallversicherungsträger senden. Therapieplan F 2158 beifügen.	
Name, Vorname des Versicherten			
Beschäftigt als	Seit		
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Vollständige Anschrift des Versicherten		Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit
		Geschlecht	

Unfalltag	Az. des UV-Trägers
-----------	--------------------

Diagnosen:	ICD 10	Behandlungsergebnisse (insbesondere mit Bezug auf Funktions- und Fähigkeitsstörungen)

Letzte Medikation und Applikationsform:

Als arbeitsfähig entlassen: ja nein

Vorschläge (Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.)

<input type="checkbox"/> Operation, stationär	<input type="checkbox"/> Operation, ambulant
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung
<input type="checkbox"/> Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)	<input type="checkbox"/> Physikalische Behandlung
<input type="checkbox"/> Neuropsychologie/Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Einschaltung der Berufshilfe	<input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes/berufsfördernde Leistungen
<input type="checkbox"/> Kfz-Hilfe	<input type="checkbox"/> Wohnungshilfe
<input type="checkbox"/> Pflege	<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege
<input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt/Klinik:	<input type="checkbox"/> Ergotherapie
	<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport
	<input type="checkbox"/> Belastungserprobung/Arbeitstherapie, stufenweise Wiedereingliederung
	<input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung
	<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe

Angekreuztes ggf. erläutern

Datenschutz:
Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Aufnahmedatum: _____ Entlassungsdatum: _____

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____ Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik _____

Gebühr für BGSW-Kurzbericht mit Anlage 1 ist in Gebühr für BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht F 2160 enthalten.

	Institutionskennzeichen (IK)
--	-------------------------------------

F2156_0417_BGSW-Kurzbericht

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zum BGSW-Kurzbericht (Anlage 1)

A. Letzte berufliche Tätigkeit

Prognose:
 Der Versicherte wird nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation voraussichtlich wieder fähig sein, seine bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben.

1. Ja, ohne wesentliche Einschränkungen (wettbewerbsfähig und auf Dauer)
2. Ja, mit wesentlichen Einschränkungen (wie im Leistungsbild unter **B** beschrieben)
3. Nein (Begründung muss aus dem Leistungsbild unter **B** hervorgehen)
4. Noch nicht absehbar (Begründung erforderlich unter B.3)

B. Positives und negatives Leistungsbild (bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt)
 - Nur ausfüllen, falls unter A. die Nummern 2. oder 3. angekreuzt sind. -

1. Positives Leistungsbild: Folgende Arbeiten können verrichtet werden:

körperliche Arbeitsschwere	<input type="checkbox"/> schwere	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte
Arbeitshaltung	Im Stehen:	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	im Gehen:	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise
			im Sitzen:	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise

2. Negatives Leistungsbild: Einschränkungen beziehen sich auf:
 (Art und Ausmaß müssen differenziert unter Ziffer 3 beschreiben werden)

<input type="checkbox"/>	geistig/psychische Belastbarkeit (Zu beachten sind insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge.)
<input type="checkbox"/>	Sinnesorgane (Zu beachten sind insbesondere Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen.)
<input type="checkbox"/>	Bewegungs-/Haltungsapparat (Zu beachten sind insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standunsicherheit, Zwangshaltungen.)
<input type="checkbox"/>	Gefährdungs- und Belastungsfaktoren (Zu beachten sind insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen und Allergene, Lärm > 85 dB, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten.)

3. Beschreibung des Leistungsbildes (insbesondere der unter Ziffer 2. genannten Einschränkungen)

4. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit ausgeübt werden kann.

unter 3 Stunden
 3 Stunden bis unter 6 Stunden
 6 Stunden und länger

4.4 BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht (F 2160)

BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht				
Unfallversicherungsträger		Bitte ausführlichen Abschlussbericht an den D-Arzt und den Unfallversicherungsträger senden. Bitte fügen Sie eine Kopie des Therapieplans an den Unfallversicherungsträger bei.		
Name, Vorname des Versicherten				Geburtsdatum
Beschäftigt als	Seit			
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)				
Vollständige Anschrift des Versicherten		Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	
Geschlecht				
Unfalltag	Az. des UV-Trägers			
<p>Erwartet werden behandlungsrelevante Angaben zu folgenden Bereichen (soweit nicht bereits in Aufnahme- und Kurzbericht beschrieben):</p> <p>- Fügen Sie bitte zur Quantifizierung der Befunde Skalen und Messblätter bei. -</p> <p>1. Diagnosen:</p>				
2. Kurze Anamnese				
3. Aufnahme- und Abschlussbefund einschl. Messblätter und funktioneller Status				
4. Kritische Würdigung des Gesamtverlaufs				
5. Sozialmedizinische Epikrise und Nachsorgekonzept (soweit kein BGSW-Kurzbericht erstattet wurde, bitte Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung – Anlage 1 zum BGSW-Kurzbericht – beifügen):				
<p>Datenschutz: Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.</p> <p>Aufnahmedatum: _____ Entlassungsdatum: _____</p> <p style="text-align: right;">Telefon-Durchwahl: _____</p> <p>Behandelnder Arzt, Ansprechpartner</p>				
Datum	Unterschrift des Arztes	Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik		
Gesamtgebühr für BGSW-Aufnahme-, BGSW-Kurz- und BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht nach UV-GOÄ Nr. 117				
Rechnungsnummer		Institutionskennzeichen (IK)		
		Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –		

4.5 BGSW-Therapie- und Dokumentationsplan (F 2158)

THERAPIE- UND DOKUMENTATIONSPLAN

BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE STATIONÄRE WEITERBEHANDLUNG (BGSW)

BGSW-KLINIK:

Unfalltag: _____ Diagnose: _____
 Aufnahmezeitpunkt: _____ Belastung: _____
 BGSW-Plan von: _____ bis: _____ Ziel der BGSW: _____
 Entlassung voraussichtlich am: _____ Besonderheiten: _____
 Entlassung bereits erfolgt am: _____
 Verantwortlicher Therapeut: _____
 Unterschrift des Chefarztes: _____ (Datum) _____ (Unterschrift)

Versicherter kann nach der BGSW voraussichtlich seine bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen: ja nein

Pat.-Aufkleber

Behandlungstag (Datum):	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *
Therapiemaßnahme: ↓ (KTL)										
Unterschrift des Versicherten: (Ich bestätige die Therapie- maßnahmen und deren Dauer)										

* Bitte Therapiedauer in Minuten angeben!
 → Bitte Plan sofort nach Abschluss der 14-tägigen Behandlung dem zuständigen Unfallversicherungsträger übersenden! Für weitere Behandlung bitte neuen Plan verwenden!

4.6 BGSW-Benachrichtigung des Versicherten (V 2152)

BGSW-Aufnahmebericht			
Unfallversicherungsträger		Bitte sofort nach der Aufnahme zusammen mit der Anlage 1 (Tätigkeitsbeschreibung) an den UV-Träger senden. Hierher überwiesen von: Die Genehmigung des UV-Trägers zur Überweisung in die BGSW auf dem F 2150 liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	
Beschäftigt als		Seit	
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Vollständige Anschrift des Versicherten		Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit
Geschlecht			
Unfalltag	Az. des UV-Trägers		
Behandlungsrelevante Diagnosen/Verletzungsfolgen (bitte genaue freitextliche Beschreibung): - falls abweichend vom F 2150 -			ICD 10
Vom o. g. Unfall unabhängige Erkrankungen/Vorschäden, die einen Einfluss auf den Heilverlauf nehmen: - falls abweichend vom F 2150 -			ICD 10
Relevante Funktions- und Fähigkeitsstörungen (nach ICF) zu Beginn der BGSW:			
Ist der Versicherte rehafähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil			
Therapieziele der BGSW-Klinik:			
Fügen Sie bitte zur Quantifizierung des Befundes ggf. Skalen und Messblätter bei.			
Datenschutz: Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.			
Aufnahmedatum: _____			
Behandelnder Arzt, Ansprechpartner		Telefon-Durchwahl:	
Datum	Unterschrift des Arztes	Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik	
Gebühr für BGSW-Aufnahmebericht mit Anlage 1 ist in Gebühr für BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht F 2160 enthalten.			
		Institutionskennzeichen (IK)	

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

Tätigkeitsbeschreibung zum BGSW-Aufnahmebericht (Anlage 1)

Erlerner Beruf:
Vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit:
Wird inzwischen eine Rente vom RV-Träger bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Beschreibung der **zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit** des Versicherten:

Art der Tätigkeit:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ständig stehend
<input type="checkbox"/> vorwiegend auf den Beinen
<input type="checkbox"/> gehend und stehend
<input type="checkbox"/> ständig sitzend
<input type="checkbox"/> im Wechsel von stehen/gehen/sitzen
<input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz
<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr | <input type="checkbox"/> an Maschine stehend
<input type="checkbox"/> an Maschine sitzend
<input type="checkbox"/> oft in gebückter Stellung
<input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen
<input type="checkbox"/> oft kniend, hockend
<input type="checkbox"/> andere Zwangshaltungen
<input type="checkbox"/> fremd-/ sprachliche Anforderungen
<input type="checkbox"/> Leitungs-/ Führungsaufgaben | <input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten bis 7 kg
<input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten von 7 - 20 kg
<input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten über 20 kg
<input type="checkbox"/> auf Gerüst und Leitern
<input type="checkbox"/> Erfordernis von Schwindelfreiheit
<input type="checkbox"/> Erfordernis von Gleichgewichtssinn
<input type="checkbox"/> besondere Handfertigkeiten
<input type="checkbox"/> ständig beidhändig |
|--|---|---|

Regelmäßige Arbeitszeit:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 6 Stunden und länger
<input type="checkbox"/> 3 Stunden bis unter 6 Stunden
<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden | <input type="checkbox"/> Einschicht
<input type="checkbox"/> Zweischicht
<input type="checkbox"/> Nachtschicht
<input type="checkbox"/> Wechselschicht | <input type="checkbox"/> Fließbandakkord
<input type="checkbox"/> Einzelakkord bzw. Stückakkord
<input type="checkbox"/> Gruppenakkord |
|---|---|--|

Äußere Einflüsse:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeit bei künstlichem Licht
<input type="checkbox"/> angestrengtes Sehen (Feinarbeit)
<input type="checkbox"/> Arbeit im Freien
<input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt
<input type="checkbox"/> Nässe
<input type="checkbox"/> Tragen von Sicherheitsschuhen | <input type="checkbox"/> Kälte
<input type="checkbox"/> Hitze
<input type="checkbox"/> Zugluft
<input type="checkbox"/> Druckluft
<input type="checkbox"/> starker Lärm
<input type="checkbox"/> Vibrationen und Erschütterungen | <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung
<input type="checkbox"/> belastigende Rauchentwicklung
<input type="checkbox"/> belastigende Gase oder Dämpfe
<input type="checkbox"/> chemische Einflüsse
<input type="checkbox"/> hautempfindliche Arbeiten |
|---|---|--|

Sonstiges:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> lange Anfahrtszeiten
<input type="checkbox"/> ständige Konzentration nötig
<input type="checkbox"/> besondere Verantwortlichkeit
<input type="checkbox"/> besonders gutes Reaktionsvermögen | <input type="checkbox"/> rasche Entscheidungsfähigkeit
<input type="checkbox"/> Anlagensteuerung (Überwachung)
<input type="checkbox"/> Auswärts-Montage
<input type="checkbox"/> Reisetätigkeit | <input type="checkbox"/> Pkw
<input type="checkbox"/> Lkw ohne Hebearbeiten
<input type="checkbox"/> Lkw mit Hebearbeiten
<input type="checkbox"/> sonstige Fahrzeuge
<input type="checkbox"/> Baumaschinenführer (Kran, Bagger...) |
|---|---|---|

Weitere spezifische Belastungen

Ich bestätige die Angaben

Unterschrift des Patienten

Anlage 5

5.1 Verordnung zur Durchführung einer ABMR (F 2162)

Verordnung zur Durchführung einer Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskeletalen Rehabilitation oder Tätigkeitsorientierten Rehabilitation (ABMR/TOR)		
Unfallversicherungsträger (UV-Träger)		Die Therapie darf erst mit Genehmigung des UV-Trägers begonnen werden. Diese Verordnung umfasst den vorgeschlagenen Zeitraum, längstens aber vier Wochen. Eine Verlängerung ist spätestens eine Woche vor Ablauf der Maßnahme dem UV-Träger anzuzeigen. Eine Gesamttherapiedauer von sechs Wochen darf nicht überschritten werden.
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum	
Beschäftigt als	Seit	
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift Arbeitgeber/-in, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen)		
Vollständige Anschrift der versicherten Person		Telefon-Nr. der versicherten Person
Unfalltag	Az. des UV-Trägers	
Diagnosen, die diese Rehabilitationsmaßnahme begründen:		
1.		
2.		
3.		
4.		
Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für diese Rehabilitation relevant sein können:		
Therapiehinweise:		
<input type="checkbox"/> Orthopädietechnische Versorgung/Schuhversorgung ist abgeschlossen <input type="checkbox"/> Sprachbarriere, Muttersprache: <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Voraussichtliche Therapiedauer unter Beachtung der Therapieziele:		
<input type="checkbox"/> 4 Wochen <input type="checkbox"/> 2 Wochen		
Soweit die Rehabilitationsmaßnahme stationär durchgeführt werden soll, bitte begründen:		
Beginn der Rehabilitationsmaßnahme:		
<input type="checkbox"/> Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Ausstellung der Verordnung). <input type="checkbox"/> Am _____, weil _____		
Wiedervorstellung bei mir am:		
Vorgeschlagene Einrichtung für die Rehabilitationsmaßnahme:		
Hinweise für den UV-Träger:		
Datum	Name und Anschrift der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes	Unterschrift
Genehmigung (durch UV-Träger)		
<input type="checkbox"/> Ja, ABMR ambulant <input type="checkbox"/> Ja, ABMR stationär <input type="checkbox"/> Ja, ABMR aber andere Einrichtung: <input type="checkbox"/> Ja, TOR in BG-Klinik <input type="checkbox"/> Nein, Information (an versicherte Person, verordnende/n Ärztin/Arzt, Therapieeinrichtung) folgt		Beigefügt sind: <input type="checkbox"/> Tätigkeitsprofil <input type="checkbox"/> Reha-Plan <input type="checkbox"/> Vorbefunde
Datum	Unterschrift der Sachbearbeitung	Anschrift/Stempel des UV-Trägers
Verteiler für Verordnung: UV-Träger		Verteiler für Genehmigung: ABMR/TOR-Einrichtung Verordnende/r Ärztin/Arzt

5.2 ABMR-Aufnahmebericht (F 2164)

ABMR-Aufnahmebericht (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation)

Unfallversicherungsträger			
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	
Beschäftigt als	Seit		
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Vollständige Anschrift des Versicherten		Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit
Unfalltag	Az. des UV-Trägers		

Beginn der ABMR:

Funktionelles Arbeitsplatzanforderungsprofil (maximale Anforderung am Arbeitsplatz)

Kritische Arbeitsplatzanforderung	Ge- wicht kg	Wieder- holungs- zahl	Zeit	Ergonomische Besonderheiten

Patientenfähigkeitsprofil (aktuelle Leistungsfähigkeit des Versicherten)

Kritische Arbeitsplatzanforderung	Ge- wicht kg	Wieder- holungs- zahl	Zeit	Fehlende motorische Fähigkeiten, ergonomische Einschränkungen

Der Therapieplan und die Therapieinhalte wurden aus dem Abgleich zwischen funktionellem Arbeitsplatzanforderungs- und Patientenfähigkeitsprofil entwickelt und der Patient hat seine Zustimmung erklärt:

ja nein, weil

- 2 -

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

Kontextfaktoren im Sinne der ICF, die Einfluss auf die Rehabilitation des Versicherten haben bzw. haben könnten

ja nein

Falls ja, weitere Bemerkungen:

Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit

(Fragebogen „Spinal Function Sort PACT“ von L. Matheson)

PACT-Indexwert	Selbsteinschätzung vor Test:	Selbsteinschätzung nach Test:
Belastungsniveau (maximal zu hantierende Lasten)	<input type="checkbox"/> minimal <input type="checkbox"/> vorwiegend sitzend (bis 5 kg) <input type="checkbox"/> leicht (5-10 kg) <input type="checkbox"/> mittelschwer (10-25 kg) <input type="checkbox"/> schwer (25-45 kg) <input type="checkbox"/> sehr schwer (> 45 kg)	<input type="checkbox"/> minimal <input type="checkbox"/> vorwiegend sitzend (bis 5 kg) <input type="checkbox"/> leicht (5-10 kg) <input type="checkbox"/> mittelschwer (10-25 kg) <input type="checkbox"/> schwer (25-45 kg) <input type="checkbox"/> sehr schwer (> 45 kg)
Konsistenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selbsteinschätzung im Vergleich zur getesteten Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> realistisch <input type="checkbox"/> zu tief <input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> realistisch <input type="checkbox"/> zu tief <input type="checkbox"/> zu hoch

Hinweis:

minimal	< 100
vorwiegend sitzend	100-110
leicht	125-135
mittelschwer	165-175
schwer	180-190
sehr schwer	> 195

Bemerkungen:

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Behandelnder Arzt, Ansprechpartner

Telefon-Durchwahl:

Datum

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten

Gebühr für ABMR-Aufnahmebericht und AMBR-Abschlussbericht werden mit einer Gesamtgebühr nach Nr. 117 UV-GOÄ vergütet.

	Institutionskennzeichen (IK)
--	-------------------------------------

5.3 ABMR-Abschlussbericht (F 2166)

ABMR-Abschlussbericht (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation)

Unfallversicherungsträger			
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	
Beschäftigt als	Seit		
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Vollständige Anschrift des Versicherten		Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit
Unfalltag	Az. des UV-Trägers		

Abschluss der ABMR:

Funktionelles Arbeitsplatzanforderungsprofil (maximale Anforderung am Arbeitsplatz)

Kritische Arbeitsplatzanforderung	Ge- wicht kg	Wieder- holungs- zahl	Zeit	Ergonomische Besonderheiten

Patientenfähigkeitsprofil (aktuelle Leistungsfähigkeit des Versicherten)

Kritische Arbeitsplatzanforderung	Ge- wicht kg	Wieder- holungs- zahl	Zeit	Fehlende motorische Fähigkeiten, ergonomische Einschränkungen

Arbeitsfähigkeit wird erreicht: ja, ab nein

Falls nein, bitte mit Begründung und Vorschlag für weitere Maßnahmen:

- 2 -

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Aufnahmedatum: _____ Entlassungsdatum: _____

Behandelnder Arzt, Ansprechpartner

Telefon-Durchwahl:

Datum

Unterschrift des Arztes

Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik

Gesamtgebühr für ABMR-Aufnahme- und ABMR Abschlussbericht nach UV-GOÄ Nr. 117.

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK) Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –
-----------------	--

MUSTER

**Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)**

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

