

# Handlungsanleitung

Heilmittel und Rehabilitationsverfahren  
in der gesetzlichen Unfallversicherung

## **Impressum**

Herausgegeben von: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)  
Glinkastraße 40  
10117 Berlin  
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)  
E-Mail: [info@dguv.de](mailto:info@dguv.de)  
Internet: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)  
  
Hauptabteilung Versicherung und Leistungen, Landesverbände

Ausgabe: Januar 2026

Satz und Layout: Satzweiss.com Print Web Software GmbH, Saarbrücken

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

Bezug: unter [www.dguv.de/publikationen](http://www.dguv.de/publikationen) › Webcode: p022302

# Inhaltsverzeichnis

## Teil A

### **Physiotherapeutische Behandlung – Physikalische Therapie**..... **6**

1	Behandlungsziel.....	6
2	Ausstellen der Verordnung.....	6
3	Aufgaben der Therapeutin/des Therapeuten (Praxisinhabers).....	7
4	Aufgaben des UV-Trägers.....	8
5	Wo kann die Verordnung bezogen werden?.....	8

## Teil B

### **Ergotherapie**..... **9**

1	Behandlungsziel.....	9
2	Ausstellen der Verordnung.....	9
3	Aufgaben der Therapeutin/des Therapeuten (Praxisinhabers).....	10
4	Aufgaben des UV-Trägers.....	10
5	Wo kann die Verordnung bezogen werden?.....	11

## Teil C

### **Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)/Medizinische Trainingstherapie (MTT)**..... **12**

1	Behandlungsinhalt/Dokumentation.....	12
2	Indikationen.....	12
3	Leistungsumfang.....	13
4	Ausstellen der Verordnung.....	13
5	Kostenzusage.....	14
6	Aufgaben der Einrichtung.....	15
7	Aufgaben des UV-Trägers.....	15
8	Wo kann die Verordnung bezogen werden?.....	15
9	Qualitätssicherung.....	15

## Teil D

### **Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)**..... **16**

1	Definition.....	16
2	Indikationen.....	16
3	Behandlungsinhalt.....	16
4	Leistungsumfang.....	17
5	Ausstellen der Verordnung.....	18

6	Genehmigung.....	19
7	Aufgaben der BGSW-Klinik.....	19
8	Aufgaben des UV-Trägers.....	20
9	Wo kann die Verordnung bezogen werden?.....	20

**Teil E**

**Arbeitsplatzbezogene Muskuloskelettale Rehabilitation (ABMR)..... 21**

1	Definition.....	21
2	Therapieelemente.....	21
3	Zielgruppe und Indikationen.....	21
4	Voraussetzung, Beginn und Therapiegrundsätze.....	21
5	Ablauf und Behandlungsinhalt.....	22
6	Verfahren.....	23
7	Berichtswesen.....	23
8	Wo kann die Verordnung bezogen werden?.....	23
9	Qualitätssicherung.....	23

**Teil F**

**Individuelle Tele-Therapie (ITT)..... 25**

1	Behandlungsinhalt/Definitionen.....	25
2	Indikationen.....	25
3	Leistungsumfang.....	26
4	Ausstellen der Verordnung.....	27
5	Aufgaben der Einrichtung.....	29
6	Aufgaben des UV-Trägers.....	29
7	Wo kann die Verordnung bezogen werden?.....	29

**Teil G**

**Rehabilitationssport/Funktionstraining..... 30**

1	Definition/Ziel.....	30
2	Ausstellen der Verordnung.....	30
3	Kostenzusage.....	32
4	Aufgaben der Leistungserbringer.....	32
5	Aufgaben des UV-Trägers.....	32
6	Wo kann die Verordnung bezogen werden?.....	32

# Verordnungen und Formtexte

<b>Anlage 1</b> .....	<b>33</b>
Verordnung Physiotherapie (F 2400).....	33
<b>Anlage 2</b> .....	<b>35</b>
Verordnung Ergotherapie (F 2402).....	35
<b>Anlage 3</b> .....	<b>37</b>
3.1 Verordnung EAP/MTT (F 2410).....	37
3.2 Dokumentation Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)/Medizinische Trainingstherapie (MTT) isoliert (F 2414).....	38
<b>Anlage 4</b> .....	<b>39</b>
4.1 Verordnung BGSW (F 2150).....	39
4.2 BGSW-Aufnahmebericht (F 2152).....	40
4.3 BGSW-Kurzbericht (F 2156).....	42
4.4 BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht (F 2160).....	44
4.5 BGSW-Therapie- und Dokumentationsplan (F 2158).....	45
4.6 BGSW-Benachrichtigung des Versicherten (F 2152).....	46
<b>Anlage 5</b> .....	<b>47</b>
5.1 Verordnung ABMR (F 2162).....	47
5.2 ABMR-Aufnahmebericht (F 2164).....	48
5.3 ABMR-Abschlussbericht (F 2166).....	50
<b>Anlage 6</b> .....	<b>52</b>
Verordnung ITT (F 2408).....	52
<b>Anlage 7</b> .....	<b>53</b>
Verordnung Rehabilitationssport/Funktionstraining (F 2406).....	53

Die/der D-Ärztin/D-Arzt, die/der Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger oder die/der hinzugezogene Ärztin/Arzt nach § 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger erhalten die Verordnungen ausschließlich in elektronischer Form beim zuständigen Landesverband der DGUV. Andere Ärztinnen/Ärzte erhalten die Verordnungen in elektronischer Form zusammen mit dem Einzelbehandlungsauftrag nur vom Unfallversicherungsträger.

Kontaktdaten der Landesverbände:

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

# Teil A

## Physiotherapeutische Behandlung – Physikalische Therapie

### 1 Behandlungsziel

Im Rahmen der Rehabilitation nach Versicherungsfällen (Arbeitsunfällen/Berufskrankheiten) kommt eine physiotherapeutische Behandlung/physikalische Therapie als Standardtherapie im regionalen Bereich der Verletzung in Betracht, wenn beispielsweise:

- 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,
- Schmerzen durch Massagen und/oder Wärme-/Kälte-/Elektrotherapie gemildert werden müssen.

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

### 2 Ausstellen der Verordnung

Die physiotherapeutische Behandlung wird auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht, die von einem von den Unfallversicherungsträgern (UV-Träger) hierzu bevollmächtigten Ärztin/Arzt ausgestellt wurde. Vor der Verordnung ist zu prüfen, ob das angestrebte Therapieziel durch andere Maßnahmen (z. B. sportliche Betätigung, Änderung der Lebensführung u. a.) erreicht werden kann.

#### Wer verordnet?

Nur die/der

- D-Ärztin/D-Arzt,
- Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/UV-Träger,
- hinzugezogene Ärztin/Arzt nach § 12 Vertrag Ärzte/UV-Träger

darf Heilmittel verordnen, andere Ärztinnen/Ärzte (z. B. behandelnde Ärztin/Arzt bei Berufskrankheiten) nur mit vorheriger Zustimmung des UV-Trägers.

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

#### Wie wird verordnet?

Mit der „Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Physiotherapie“ (F 2400) gem. Anlage 1.

#### 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 darf nur Behandlungen für maximal 4 Wochen umfassen.

## Behandlungsbeginn

Mit der Behandlung ist innerhalb von 14 Tagen ab dem angegebenen Datum zum Behandlungsbeginn (Feld 8) zu beginnen. Sofern vom Verordnenden ein dringender Behandlungsbedarf angegeben wird, verkürzt sich die Frist auf 7 Tage. Bei offensichtlich falschem oder fehlendem Datum in Feld 8 gilt ersatzweise das Datum der Ausstellung der Verordnung als Zeitpunkt für den Beginn der Behandlung.

## Gültigkeit der Verordnung

Grundsätzlich verliert die Verordnung 2 Monate nach dem auf der Verordnung angegebenen Datum zum Behandlungsbeginn (Feld 8) ihre Gültigkeit.

## Unterbrechung

Unterbrechungen sind zulässig, sofern die behandlungsfreie Zeit deswegen nicht mehr als 14 Tage beträgt und das Therapieziel nicht gefährdet wird. Die Gültigkeitsdauer der Verordnung verlängert sich dadurch nicht.

Eine Langzeitverordnung kann für 6 Monaten ausgestellt werden (Feld 9). Hierfür ist vorab die Kostenzusage des UV-Trägers in schriftlicher Form einzuholen. Der Umfang der verordneten Behandlungen ist nicht begrenzt und richtet sich ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit, die vom UV-Träger im Rahmen der Kostenzusage überprüft werden kann. Für Unterbrechungen gelten andere Fristen als bei Regelverordnungen: Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, sobald die Behandlung um mehr als 4 Wochen unterbrochen wurde. Der Grund für die behandlungsfreie Zeit spielt dabei keine Rolle.

## Folgeverordnung

Vor einer erneuten Verordnung hat eine Kontrolluntersuchung bei der/dem verordnenden Ärztin/Arzt zu erfolgen. Sollte ein weiterer Therapiebedarf bestehen, ist eine weitere Verordnung auszustellen. Ist bei der Kontrolluntersuchung kein Funktionsgewinn feststellbar, ist festzulegen, ob

- die physiotherapeutische/physikalische Therapie abzuschließen ist,
- eine EAP, ABMR oder BGSW indiziert ist oder
- eine andere medizinische Maßnahme (z. B. Rehabilitationssport) notwendig sein könnte.

In Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden der physiotherapeutischen Berufe wurde ein Frage-Antwort-Katalog mit Beispielen aus der Praxis und weiteren Informationen abgestimmt. Die Vereinbarungen und der Frage-Antwort-Katalog sind auf der Webseite der DGUV hinterlegt:

[https://www.dguv.de/de/reha\\_leistung/verguetung/index.jsp](https://www.dguv.de/de/reha_leistung/verguetung/index.jsp)

## 3 Aufgaben der Therapeutin/des Therapeuten (Praxisinhabers)

- Erklärung, dass mit Annahme der „Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Physiotherapie“ (F 2400) die vertraglichen Regelungen zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der UV-Träger anerkannt und die fachlichen Anforderungen erfüllt sowie die vereinbarten Gebühren akzeptiert werden
- unverzüglicher Beginn 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 UV-Trägers

- Steuerung des Heilverfahrens
- Qualitätssicherung
- Unverzügliche Bezahlung gemäß dem jeweils gültigen Rahmenvertrag mit den Verbänden der Physiotherapeuten

## 5 Wo kann die Verordnung bezogen werden?

Die Verordnungen werden ausschließlich in elektronischer Form angeboten und können beim zuständigen Landesverband der DGUV angefordert werden (Muster s. Anlagen).

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

### Hinweise

- Die verordnungsfähigen Leistungsziffern sind auf der Rückseite der Verordnung abgedruckt.
- Unter Behandlungseinheit ist das Aufsuchen der Therapieeinrichtung durch die versicherte Person zu verstehen (z. B. 2 Behandlungseinheiten pro Behandlungstag: Der Versicherte findet sich am Vormittag und am Nachmittag in der Einrichtung zur Therapie ein).
- Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten. Soweit die/der verordnende Ärztin/Arzt keine gesonderten Angaben macht, gilt das Regel-Zeitintervall der Leistungsbeschreibung.
- Will die Ärztin/der Arzt mehr als eine Behandlungseinheit pro Behandlungstag und/oder über das Regelzeitintervall hinaus Leistungen der physiotherapeutischen/physikalischen Therapie verordnen, ist eine entsprechende Begründung erforderlich. Hierbei reicht die alleinige Angabe der Diagnose nicht aus.
- Für physiotherapeutische Behandlungen können bei Vorliegen komplexer Verletzungsmuster (s. § 7 Absatz 7 der Vereinbarung) bei der Erstbehandlung die erste und zweite Behandlungseinheit ausnahmsweise zusammengelegt und abgerechnet werden. Auch wenn die Behandlungen am selben Tag erfolgen, sind sie als zwei Behandlungseinheiten anzugeben und vom Versicherten jeweils zu quittieren.
- In begründeten Ausnahmefällen kann zwischen der/dem Verordnenden und der/dem Leistungserbringenden ein von der Regelverordnung abweichende einvernehmliche Änderung der Verordnung erfolgen, sofern das Erreichen des Therapieziels weiterhin sichergestellt ist. Diese Möglichkeit betrifft ausschließlich die in der Vereinbarung genannten Fallgestaltungen (vgl. § 7 Abs. 3, § 7 Abs. 4, § 7 Abs. 6) und muss von der oder dem Leistungserbringenden entsprechend dokumentiert werden.



# Teil B

## Ergotherapie

### 1 Behandlungsziel

Im Rahmen der Rehabilitation nach Versicherungsfällen (Arbeitsunfällen/Berufskrankheiten) kommt eine ergotherapeutische Behandlung zur Therapie in Betracht, z. B. von:

- motorisch funktionellen Störungen
- sensomotorischen-perzeptiven Funktionsstörungen
- Hirnleistungsstörungen
- arbeitsspezifischen Fähigkeitsstörungen

### 2 Ausstellen der Verordnung

Die ergotherapeutische Behandlung wird auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht, die von einem von den UV-Trägern hierzu bevollmächtigten Ärztin/Arzt ausgestellt wurde.

#### Wer verordnet?

Nur die/der

- D-Ärztin/D-Arzt
- Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/UV-Träger
- hinzugezogene Ärztin/Arzt nach § 12 Vertrag Ärzte/UV-Träger

darf Heilmittel verordnen, andere Ärztinnen/Ärzte (z. B. bei Berufskrankheiten) nur mit vorheriger Zustimmung des UV-Trägers.

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

#### Wie wird verordnet?

Mit der „Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Ergotherapie“ (F 2402) gem. Anlage 2.

#### 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 darf nur Behandlungen für maximal 4 Wochen umfassen.

#### Behandlungsbeginn

Mit der Behandlung ist innerhalb von 14 Tagen ab dem angegebenen Datum zum Behandlungsbeginn (Feld 8) zu beginnen. Sofern vom Verordnenden ein dringender Behandlungsbedarf angegeben wird, verkürzt sich die Frist auf 7 Tage. Bei offensichtlich falschem oder fehlendem Datum in Feld 8 gilt ersatzweise das Datum der Ausstellung der Verordnung als Zeitpunkt für den Beginn der Behandlung.

#### Gültigkeit der Verordnung

Grundsätzlich verliert die Verordnung 2 Monate nach dem auf der Verordnung angegebenen Datum zum Behandlungsbeginn (Feld 8) ihre Gültigkeit.

## Unterbrechung

Unterbrechungen sind zulässig, sofern die behandlungsfreie Zeit deswegen nicht mehr als 14 Tage beträgt und das Therapieziel nicht gefährdet wird. Die Gültigkeitsdauer der Verordnung verlängert sich dadurch nicht.

Eine Langzeitverordnung kann für 6 Monaten ausgestellt werden (Feld 9). Hierfür ist vorab die Kostenzusage des UV-Trägers in schriftlicher Form einzuholen. Der Umfang der verordneten Behandlungen ist nicht begrenzt und richtet sich ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit, die vom UV-Träger im Rahmen der Kostenzusage überprüft werden kann. Für Unterbrechungen gelten andere Fristen als bei Regelverordnungen: Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, sobald die Behandlung um mehr als 4 Wochen unterbrochen wurde. Der Grund für die behandlungsfreie Zeit spielt dabei keine Rolle.

## Folgeverordnung

Vor einer erneuten Verordnung hat eine Kontrolluntersuchung bei der/dem verordnenden Ärztin/Arzt zu erfolgen. Sollte ein weiterer Therapiebedarf bestehen, ist eine weitere Verordnung auszustellen. Ist bei der Kontrolluntersuchung kein Funktionsgewinn feststellbar, ist festzulegen, ob

- die Ergotherapie abzuschließen ist
- eine ABMR oder BGSW indiziert ist oder
- eine andere medizinische Maßnahme notwendig sein könnte.

In Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden der ergotherapeutischen Berufe wurde ein Frage-Antwort-Katalog mit Beispielen aus der Praxis und weiteren Informationen abgestimmt. Die Vereinbarungen und der Frage-Antwort-Katalog sind auf der Webseite der DGUV hinterlegt:

[https://www.dguv.de/de/reha\\_leistung/verguetung/index.jsp](https://www.dguv.de/de/reha_leistung/verguetung/index.jsp)

## 3 Aufgaben der Therapeutin/des Therapeuten (Praxisinhabers)

- Erklärung, dass mit Annahme der „Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Ergotherapie“ die vertraglichen Regelungen zwischen dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE), dem Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED) und den Verbänden der UV-Träger anerkannt und die fachlichen Anforderungen erfüllt sowie die vereinbarten Gebühren akzeptiert werden
- unverzüglicher Beginn der Behandlung gemäß ärztlicher Verordnung
- inhaltliche und zeitliche Einhaltung der fachlich korrekten Leistungserbringung nach der Verordnung
- Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen und Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen

## 4 Aufgaben des UV-Trägers

- Steuerung des Heilverfahrens
- Qualitätssicherung
- Unverzügliche Bezahlung gemäß der jeweils gültigen Rahmenverträge mit dem DVE und BED

## 5 Wo kann die Verordnung bezogen werden?

Die Verordnungen werden ausschließlich in elektronischer Form angeboten und können beim zuständigen Landesverband der DGUV angefordert werden (Muster s. Anlagen).

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

### Hinweise

- Die verordnungsfähigen Leistungsziffern sind auf der Rückseite der Verordnung abgedruckt.
- Unter Behandlungseinheit ist das Aufsuchen der Therapieeinrichtung durch die versicherte Person zu verstehen (z. B. 2 Behandlungseinheiten pro Behandlungstag: Der Versicherte findet sich am Vormittag und am Nachmittag in der Einrichtung zur Therapie ein).
- Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 15 Minuten. Soweit die/der verordnende Ärztin/Arzt keine gesonderten Angaben macht, gilt das Regelzeitintervall der Leistungsbeschreibung Ergotherapie.
- Will die Ärztin/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 Kostenzusage durch den UV-Träger durchgeführt. Diese 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.
- In begründeten Ausnahmefällen kann zwischen der/dem Verordnenden und der/dem Leistungserbringenden eine von der Regelverordnung abweichende einvernehmliche Änderung der Verordnung erfolgen, sofern das Erreichen des Therapieziels weiterhin sichergestellt ist. Diese Möglichkeit betrifft ausschließlich die in den Vereinbarungen genannten Fallgestaltungen (vgl. § 7 Abs. 3, § 7 Abs. 4, § 7 Abs. 6) und muss von der oder dem Leistungserbringenden dokumentiert werden.

# Teil C

## Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)/ Medizinische Trainingstherapie (MTT)

### 1 Behandlungsinhalt/Dokumentation

Bei speziellen Verletzungen/Berufskrankheiten kann eine EAP in beteiligten Therapieeinrichtungen erforderlich werden. Die EAP umfasst als Komplextherapie immer Physiotherapie, Physikalische Therapie und Medizinische Trainingstherapie (MTT).

Wesentliche Bestandteile der physikalischen Therapie können sein:

- Elektrotherapie
- Hydrotherapie und Thermotherapie
- Mechanotherapie (z. B. Manuelle Lymphdrainage und Massage)

Ergänzend kann Ergotherapie verordnet werden (auch in Kooperation, nach Möglichkeit in den Räumen der EAP-Einrichtung durchzuführen; eine separate Verordnung ist erforderlich).

Die verschiedenen Behandlungselemente der Komplextherapie sind kombiniert einzusetzen. Zur Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit kommen im Bedarfsfall als fakultative Maßnahmen ergänzend dazu:

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

Eine Medizinische Trainingstherapie kann auch isoliert verordnet werden und ist in einer EAP-Einrichtung durchzuführen.

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

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

### 2 Indikationen

Die EAP kommt vorwiegend zur Beseitigung von besonders schweren Schädigungen

- der Körperfunktionen und -strukturen sowie
- Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe bei Verletzungen und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates in Betracht

wenn mit isolierten therapeutischen Einzelverordnungen das mögliche Rehabilitationsergebnis nicht ausreichend oder nur verzögert erreicht wird.

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/Ergotherapie
- koordinativer Leistungsschwäche, insbesondere auch nach zentralen Nervenverletzungen

Eine isolierte MTT kann beispielsweise in Betracht kommen:

- bei verbliebenen muskulären Trainingsdefiziten
- bei Defiziten in der Ausdauerleistung
- zur Behebung einer Dekonditionierung
- zur Vorbeugung der Verschlimmerung von Unfallfolgen/Entstehung von Spätfolgen

EAP und MTT können auch als begleitende Maßnahmen im Rahmen der Individualprävention von muskuloskelettalen Berufskrankheiten eingesetzt werden.

### 3 Leistungsumfang

Die komplexen Behandlungsmaßnahmen sind gemäß Verordnung der/des Ärztin/Arztes und je nach Indikationen und/oder Leistungszustand der versicherten Person durchzuführen.

Die Therapie soll entsprechend der Verordnung über die Woche verteilt erfolgen. Sie soll 120 Minuten pro Tag nicht überschreiten.

Orientierende Richtwerte für den Therapieplan sollten sein:

- 30 Minuten Physiotherapie
- 30 Minuten Physikalische Therapie oder fakultative Maßnahmen
- 60 Minuten MTT

Die isolierte MTT umfasst mindestens 60 Minuten pro Tag.

Im Einzelfall ist der Therapieplan befundbezogen anzupassen.

Im Bedarfsfall wird Ergotherapie ergänzend verordnet, erbracht und abgerechnet.

Zusätzlich zu den Behandlungsmaßnahmen kann eine digitale Anwendung (App) eingesetzt werden, um der versicherten Person Übungsvideos und weitere Inhalte (z. B. zu Ernährung, Stressreduktion, Patientenschulung) bereitzustellen. Der Einsatz erfolgt nur nach ausführlicher, persönlicher Einweisung und soll den Therapieplan individuell und bedarfsorientiert ergänzen. Der Einsatz dient insbesondere der Entscheidung, ob eine Tele-Nachsorge im Anschluss an die EAP infrage kommt und bereitet diese vor. Das durch die digitale Anwendung unterstützte Eigentaining ist für die versicherte Person freiwillig und kein Ersatz für Therapie unter persönlicher therapeutischer Anleitung.

### 4 Ausstellen der Verordnung

#### Wer verordnet und zu welchem Zeitpunkt?

Zur Verordnung berechtigt sind

- die/der D-Ärztin/D-Arzt
- die/der Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
- andere Ärztinnen/Ärzte (z. B. behandelnde Ärztin/Arzt bei Berufskrankheiten) nur mit vorheriger Zustimmung des UV-Trägers.

Die EAP wird so rechtzeitig verordnet, dass bei erreichter Belastungsfähigkeit der versicherten Person die EAP unverzüglich (spätestens eine Woche nach dem Ausstellungsdatum der Verordnung) beginnen kann. Abweichend hiervon kann die/der verordnende Ärztin/Arzt einen späteren Therapiebeginn vorgeben.

Soweit sich im Rahmen der Befundaufnahme Zweifel an der Belastungsfähigkeit der versicherten Person ergeben, ist die/der verordnende Ärztin/Arzt unverzüglich zu informieren.

Dies gilt gleichermaßen für die Verordnung einer isolierten MTT.

### Wie wird verordnet?

- Mit dem Vordruck gemäß Anlage 3 „Verordnung zur Durchführung einer EAP/Verordnung zur Durchführung einer isolierten MTT“ (F 2410) spätestens eine Woche vor dem vorgesehenen Behandlungsbeginn, damit eine Unterbrechung des Heilverfahrens vermieden wird.
- Das Original des Verordnungsvordrucks erhält die EAP-Einrichtung.
- Über Folgeverordnungen setzt die EAP-Einrichtung den UV-Träger durch Übersendung der Verordnung in Kenntnis.

### Für welchen Zeitraum wird verordnet?

Während der Komplextherapie soll es zu einer erkenn- und messbaren Verbesserung hinsichtlich der funktionellen Belastbarkeit in Bezug auf die definierten Therapieziele kommen.

Eine EAP kann für 2, 4 oder 6 Wochen verordnet werden. Sie findet grundsätzlich an 5 Tagen in der Woche statt, eine hiervon abweichende Frequenz ist auf der Verordnung zu vermerken (mindestens jedoch an 3 Tagen).

Ist nach einem Behandlungszeitraum von längstens 6 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 eine EAP dennoch über die 6. Woche hinaus für erforderlich angesehen werden, ist zusätzlich zur Verordnung eine ärztliche Begründung und eine erneute Kostenzusage des UV-Trägers notwendig.

Die Regelverordnungsdauer einer isolierten MTT beträgt 8 Wochen. Sie findet grundsätzlich an 2 Tagen in der Woche statt. Abweichungen in der Dauer bzw. in der Frequenz sind auf der Verordnung zu vermerken.

Hält die/der verordnende Ärztin/Arzt die Beendigung der Behandlung aus medizinischen Gründen für erforderlich, unterrichtet sie/er unverzüglich den UV-Träger und die EAP-Einrichtung.

## 5 Kostenzusage

Die EAP-Einrichtung holt die Kostenzusage beim UV-Träger unter Vorlage der Verordnung ein, bevor eine EAP beginnt, oder eine EAP über die 6. Woche hinaus fortgeführt werden soll.

Innerhalb von 3 Arbeitstagen bestätigt oder widerspricht der UV-Träger der Kostenübernahme.

Die Kostenzusage ist an die EAP-Einrichtung zu senden. Eine Ablehnung der Kostenübernahme hat gegenüber der/dem verordnenden Ärztin/Arzt, der versicherten Person und der EAP-Einrichtung zu erfolgen.

Im Rahmen der Reha-Planung nach Ziffer 4 des Handlungsleitfadens „Das Reha-Management der DGUV“ ist eine zusätzliche Kostenübernahmeerklärung nicht erforderlich.

Mögliche EAP-Folgeverordnungen bis zur 6. Behandlungswoche bedürfen keiner weiteren Kostenzusagen.

Eine isolierte MTT bedarf keiner Kostenzusage des UV-Trägers.

## 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 UV-Träger
- unverzügliche Durchführung der Therapie gemäß ärztlicher Verordnung nach Kostenzusage des UV-Trägers
- Einhaltung des Leistungsumfangs
- Abrechnung gemäß EAP-Gebührenverzeichnis
- Übersendung des Vordrucks F 2414 „Dokumentation Therapie EAP/MTT isoliert“ (Anlage 3.2) an den UV-Träger mit der Abrechnung
- Durchführung einer bedarfsabhängigen Fallbesprechung mit dem UV-Träger
- Frühzeitige Prüfung des Bedarfs ergänzender Leistungen insbesondere der Tele-Nachsorge im Anschluss an die EAP
- Unterstützung der versicherten Person und ggf. des externen Nachsorgeanbieters beim nahtlosen Übergang in die Tele-Nachsorge

## 7 Aufgaben des UV-Trägers

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

## 8 Wo kann die Verordnung bezogen werden?

Die Verordnung wird ausschließlich in elektronischer Form angeboten und kann auf folgender Internetseite heruntergeladen werden: <https://www.dguv.de/formtexte/index.jsp>

## 9 Qualitätssicherung

Die Einrichtungen der EAP haben sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen der UV-Träger und der DGUV zu beteiligen.

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

# Teil D

## Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)

### 1 Definition

Die 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.

#### Hinweis

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 (s. Handlungsleitfaden „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

- Unverzögliche Aufnahme in Absprache mit dem verordnenden Arzt
- Unverzögliche 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 Berichterstattung, 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 UV-Trägers**

- 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 kann die Verordnung 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 e 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

### 5.1 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 funktionellen 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)

### 5.2 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.

### 5.3 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).

### 5.4 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.

## 5.5 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 (s. Handlungsleitfaden „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 9., 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 (F 2166, Anlage 5.3) erstellt und an den zuständigen Unfallversicherungsträger gesandt.

Der Aufnahme- und Abschlussbericht werden ausschließlich in elektronischer Form angeboten und können auf folgender Internetseite heruntergeladen werden: <https://www.dguv.de/formtexte/index.jsp>

## 8 Wo kann die Verordnung bezogen werden?

Die Verordnung wird ausschließlich in elektronischer Form angeboten und kann auf folgender Internetseite heruntergeladen werden: <https://www.dguv.de/formtexte/index.jsp>

## 9 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.

### Hinweise

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).



# Teil F

## Individuelle Tele-Therapie (ITT)

### 1 Behandlungsinhalt/Definitionen

Die Individuelle Tele-Therapie (ITT) verbindet das durch geeignete, digitale Inhalte angeleitete zeit- und ortsunabhängige Eigentaining der Versicherten mit einer fortlaufenden Begleitung durch qualifiziertes therapeutisches Personal. Im Vordergrund steht ein an gemeinsam definierten, individuellen Therapiezielen ausgerichtetes Training zur Verbesserung von Muskelstatus, Beweglichkeit und Koordination nach ärztlich-therapeutischer Maßgabe. Je nach Bedarf der versicherten Person kann die Individuelle Tele-Therapie neben trainings-/bewegungstherapeutischen Inhalten (unimodale ITT) auch Module aus den Bereichen Entspannung, Ernährung und Psycho-/Patientenedukation umfassen (multimodale ITT). Die ITT ist abzugrenzen von der Erbringung von Heilmitteln wie z. B. Ergotherapie in Form einer Videotherapie und dem Einsatz von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs).

Als Tele-Nachsorge kann die ITT im Anschluss an eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme erbracht werden. Die Tele-Therapie ist dann auf die Sicherung und nachhaltige Verstärkung des bislang erzielten Reha-Erfolgs auszurichten. Überdies dient sie der Unterstützung der versicherten Person beim Alltags- und Berufstransfer und der eigenmotivierten, i. d. R. berufs begleitenden Fortsetzung des Trainings, um Behandlungserfolge nachhaltig zu stabilisieren oder eine sonst eintretende Verschlechterung des Funktionszustandes abzuwenden.

Als Tele-Individualprävention kann die ITT auch unabhängig von einer vorangegangenen ambulanten oder stationären Rehabilitation erbracht werden, um der Entstehung bzw. Verschlimmerung einer muskuloskelettalen Berufskrankheit bei bestimmten Risikogruppen vorzubeugen (§ 3 BKV) oder die Verschlimmerung von Arbeitsunfallfolgen zu verhindern oder zu verzögern. Die Tele-Individualprävention erfolgt eingebettet in ein (ambulantes) Behandlungs- bzw. Präventionskonzept. Sie soll mit dabei unterstützen, der versicherten Person in geeigneter Weise eine Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit zu ermöglichen, ohne dass diese zu einer weiteren Verschlimmerung des Beschwerdebildes führt.

Weitere Ziele der ITT können sein:

- Aktivierung der Eigenverantwortung der versicherten Person (Empowerment)
- Förderung des eigenen Gesundheitsmanagements bzw. eigener Gesundheitskompetenzen
- Ermöglichen eines besseren Umgangs mit der eigenen Gesundheitssituation (Patientensouveränität, Gesundheitsselbstmanagement)
- Aufrechterhaltung, Befähigung oder Wiederherstellung der Selbstständigkeit im häuslichen Leben und Alltag
- Vermittlung von Gesundheitsinformationen bei Notwendigkeit lebensverändernder Maßnahmen (z. B. Ernährung, Stressreduktion etc.)
- Stabilisierung von Lebensstil- und Verhaltensänderungen
- Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz und bei der nachhaltigen Erreichung von Teilhabe in allen Lebensbereichen

Der Therapieplan wird individuell an die Nachsorge- bzw. Präventionsziele, die medizinische Indikation und ggf. die Anforderungen des Arbeitsplatzes angepasst.

### 2 Indikationen

Die ITT kommt für Versicherte mit Verletzungsfolgen des Stütz- und Bewegungsapparates oder einer – auch drohenden – muskuloskelettalen Berufskrankheit in Betracht. Im Einzelfall kann die ITT auch bei weiteren Erkrankungen, bei denen ein therapeutisch begleitetes Eigentaining indiziert ist, verordnet werden.

Wesentliche Voraussetzung für eine Tele-Nachsorge ist eine abgeschlossene ambulante oder stationäre Rehabilitation (EAP, BGSW, ABMR, KSR, TOR, IP-Kollegs<sup>1</sup>). Eine ITT als Tele-Nachsorge ist dann indiziert, wenn das übergeordnete Reha-Ziel – die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person – grundsätzlich erreicht worden ist und zur nachhaltigen Sicherung des Behandlungserfolgs ein therapeutisch begleitetes Training angezeigt ist. Eine ITT stellt grundsätzlich keinen Ersatz für indizierte Einzel- oder komplextherapeutische Leistungen (Physiotherapie, Ergotherapie usw.) dar. Eine parallele Heilmittelverordnung durch den Durchgangsarzt/die Durchgangsarztin ist möglich.

Wesentliche Voraussetzung für eine Tele-Individualprävention ist ein ärztlich festgestellter Bedarf, durch ein therapeutisch begleitetes Eigentaining die Entstehung oder Verschlechterung einer Berufskrankheit bzw. die Verschlimmerung von Arbeitsunfallfolgen zu verzögern oder zu verhindern, ohne dass akuter Behandlungsbedarf oder die Indikation für eine komplextherapeutische Maßnahme vorliegen.

Grundsätzlich sollten für die Therapieform die folgenden individuellen Voraussetzungen erfüllt sein:

- Eigeninteresse an und Einwilligung in die Tele-Therapie
- Ausreichende Motivation/Therapietreue
- Ausreichende Digitalkompetenzen
- Internetfähiges Endgerät, Handynummer oder E-Mail-Adresse, stabile Internetverbindung
- Belastungsstabilität/Therapiefähigkeit
- Ausreichende Sprachkenntnisse

### Ausschlusskriterien

- Versicherte Person befindet sich in einer Reha-Maßnahme
- Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen, die der Teilnahme an einer digital unterstützten Therapie entgegenstehen, z. B. kognitive Einschränkungen
- Barrieren in der technischen Anwendbarkeit (z. B. Einschränkungen der Sehkraft oder des Hörvermögens, die verhindern, das per mobilem Endgerät angebotene Therapiekonzept umzusetzen; fehlende technische Voraussetzungen)

## 3 Leistungsumfang

Die Individuelle Tele-Therapie ist gemäß ärztlicher Verordnung (F 2408) durchzuführen und umfasst insbesondere:

- Ein mindestens 30-minütiges Aufnahmegespräch mit dem/der Bezugstherapeuten/in zur Abklärung des Ausgangsbefundes/Funktionszustands, der gemeinsamen Vereinbarung von Therapiezielen und der Festlegung des ersten Kontakttermins
- Die Erstellung sowie kontinuierliche Überprüfung und ggf. Anpassung eines auf die individuellen Nachsorge- bzw. Präventionsziele ausgerichteten Therapieplans
- 24 wöchentliche Therapieeinheiten mit einem Umfang von mindestens 90 Minuten (multimodal) bzw. mindestens 60 Minuten (unimodal). Eine Therapieeinheit kann auf mehrere Tage in der Woche aufgeteilt werden. Die wöchentliche Therapieeinheit ist erfüllt, wenn die Aufsummierung der

<sup>1</sup> Die Komplexe Stationäre Rehabilitation (KSR) und die Tätigkeitsorientierte Rehabilitation (TOR) sind intensivierete Reha-Verfahren, die ausschließlich an den BG Kliniken angeboten werden. Individualpräventive Programme wie sog. Rücken-, Hüft- oder Kniekollegs der UV-Träger werden durch BG Kliniken oder berufsgenossenschaftliche Präventionszentren erbracht.

in einer Woche durchgeführten Übungen mindestens 90 bzw. bei unimodaler ITT 60 Minuten ergibt. In der Regel sollen die 24 Einheiten in einem Zeitraum von 6 Monaten durchgeführt werden.

- Die kontinuierliche therapeutische Begleitung (telefonisch, via Chat, Videokonferenz oder per E-Mail) und mindestens 4-wöchige Therapiekontrollintervalle durch den/die Bezugstherapeuten/in
- Ein mindestens 30-minütiges Abschlussgespräch inkl. Dokumentation des erreichten Funktionszustands mit dem/der Bezugstherapeuten/in

Die Einweisung in die anbieterspezifische digitale Anwendung und den Ablauf der Tele-Therapie erfolgt durch qualifiziertes Personal der durchführenden Einrichtung und grundsätzlich in Präsenz. Sie hat das Ziel, die Eignung der Person und den Erfolg der Maßnahme sicherzustellen.

Wird die Tele-Therapie als Nachsorgeleistung durch die vorbehandelnde Einrichtung erbracht, erfolgt die Einweisung bereits vor der Verordnung (siehe 4) begleitend zur ambulanten bzw. stationären Rehabilitation. Dabei sollen sich die Versicherten umfassend mit der digitalen Anwendung vertraut machen und erste Übungen ausprobieren.

Wird die Tele-Nachsorge durch eine andere Einrichtung erbracht oder erfolgt die ITT als Tele-Individualprävention ohne vorgehende Reha-Maßnahme, soll für die Einweisung ein Präsenztermin in der Einrichtung vereinbart werden.

## 4 Ausstellen der Verordnung

Die Individuelle Tele-Therapie wird auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht. Vor der Verordnung ist zu prüfen, ob

- sich die versicherte Person in einer noch laufenden ambulanten bzw. stationären Rehabilitation befindet oder eine solche indiziert bzw. in absehbarer Zeit geplant ist (siehe Punkt 2 der Handlungsanleitung).
- die versicherte Person die individuellen Voraussetzungen für diese Therapieform erfüllt (siehe Punkt 2 der Handlungsanleitung).
- die versicherte Person die Tele-Therapie zeitnah (d. h. regulär innerhalb von einem Monat nach Verordnung bzw. Abschluss der medizinischen Rehabilitation) beginnen kann. Sofern ein Beginn nicht absehbar ist, stellt dies einen Ausschlussgrund dar.

### Wer verordnet?

Zur Verordnung der Individuellen Tele-Therapie sind berechtigt:

- der/die für die BGSW-/ABMR qualifizierte (leitende) Arzt/Ärztin
- die D-Ärztin/der D-Arzt
- die/der Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/UV-Träger
- Ärztinnen und Ärzte der Einrichtungen der BG Kliniken z. B. im Rahmen der Präventionssprechstunden
- andere Ärztinnen/Ärzte (z. B. behandelnde/r Ärztin/Arzt bei Berufskrankheiten) nur mit vorheriger Zustimmung des UV-Trägers

## Verfahren

### Tele-Nachsorge

Der Bedarf für eine Tele-Nachsorge wird durch den qualifizierten Arzt bzw. die qualifizierte Ärztin der Rehabilitationseinrichtung spätestens im Entlassungsgespräch festgestellt. Hierfür stellt er/sie eine Verordnung aus (F 2408) und vermerkt dies im Abschlussbericht.

EAP-Einrichtungen ohne BGSW-/ABMR-Zulassung sprechen bei vorliegendem Bedarf eine Empfehlung für die Verordnung einer Tele-Nachsorge aus. Die Verordnung wird dann durch den/die behandelnde/n D-Arzt/D-Ärztin ausgestellt.

Führt die vorbehandelnde Rehabilitationseinrichtung die Tele-Therapie selbst durch, leitet sie diese direkt ein und übersendet die vollständige Verordnung mit Angabe des Startzeitpunkts der ITT gemeinsam mit dem Abschlussbericht der Reha-Maßnahme an den UV-Träger.

### Tele-Individualprävention

Die ITT als eigenständige Tele-Individualprävention kann durch eine/n D-Arzt/D-Ärztin oder im Rahmen der Präventionsprechstunde an den BG Kliniken verordnet werden. Ein Bedarf für Tele-Individualprävention kann auch im Rahmen der Berufskrankheitenermittlung oder des BK-Managements festgestellt werden. Eine Verordnung erfolgt dann z. B. in den MSE-Sprechstunden<sup>2</sup> der UV-Träger.

### Generell gilt

Die versicherte Person kann die Einrichtung zur Durchführung der Individuellen Tele-Therapie frei wählen und legt die Verordnung dort vor. Die Erstverordnung bedarf keiner Kostenzusage durch den UV-Träger.

## Behandlungsbeginn und Gültigkeit

Aufnahmegespräch, ggf. Einweisung und Therapiebeginn sind innerhalb eines Monats nach Verordnung durch die durchführende Einrichtung sicherzustellen. Danach verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

## Unterbrechung/Abbruch

Kurzfristige, begründete Unterbrechungen der ITT sind zulässig. Nach einer durchgehenden Unterbrechung von mehr als 6 Wochen ist die Fortsetzung der Tele-Therapie ausgeschlossen und wird einem Abbruch gleich gesetzt. Die ITT ist umgehend abzubrechen, wenn der/die verordnende Arzt/Ärztin die Beendigung der Behandlung aus medizinischen Gründen für erforderlich hält. Bei Abbruch der Therapie sind bereits erbrachte Leistungen zu vergüten.

## Folgeverordnung

Bei fortbestehendem Therapiebedarf ist eine erneute Verordnung/Verlängerung um weitere 24 Therapieeinheiten möglich. Eine Folgeverordnung bedarf der Kostenzusage des UV-Trägers und sollte frühzeitig vor Ende des Verordnungszeitraums ausgestellt werden.

Wird die Leistung durch eine EAP-Einrichtung ohne BGSW- oder ABMR-Zulassung erbracht, erfolgt zur Folgeverordnung eine Vorstellung bei dem/der behandelnden D-Arzt/D-Ärztin.

<sup>2</sup> Dies sind orthopädische Sprechstundenangebote der UV-Träger zur Prävention und Behandlung von arbeitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen.

## 5 Aufgaben der Einrichtung

- Einweisung und Therapiebeginn innerhalb von 4 Wochen
- Einhaltung des Leistungsumfangs
- Dokumentation des Aufnahme- und Abschlussgesprächs, des Therapieplans inkl. der vereinbarten individuellen Therapieziele, der regelmäßigen Teilnahme im Therapieverlauf sowie ggf. der Abbruchgründe. Eine Dokumentation der Therapeutenkontakte ist nicht erforderlich.
- Übersendung der Dokumentation mit der Schlussrechnung an den UV-Träger
- Abrechnung gemäß Gebührenverzeichnis
- Übersendung der Erst- und der Folgeverordnung/en (F 2408) an den UV-Träger
- Abbruch, wenn die versicherte Person länger als 6 Wochen inaktiv ist und Benachrichtigung des UV-Trägers (Dokumentation der Abbruchgründe)
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen der UV-Träger

Durch das ärztliche oder therapeutische Personal ist im Rahmen der Einweisung in die Tele-Therapie sicherzustellen, dass

- eine Einführung in das herstellereigene System erfolgt.
- Verständnisfragen geklärt werden können.
- die versicherte Person über die Funktionsweise der App/Software aufgeklärt wird.
- die versicherte Person über die Teilnahmebedingungen/-voraussetzungen informiert ist, diese verstanden und ihnen zugestimmt hat.

## 6 Aufgaben des UV-Trägers

- Steuerung des Heilverfahrens
- Prüfung der Kostenübernahme bei verordneter Verlängerung
- Qualitätssicherung
- Unverzügliche Rechnungsbegleichung, spätestens innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang gemäß Gebührenverzeichnis

## 7 Wo kann die Verordnung bezogen werden?

Die Verordnung wird ausschließlich in elektronischer Form angeboten und kann auf folgender Internetseite heruntergeladen werden: <https://www.dguv.de/formtexte/index.jsp>

# Teil G

## Rehabilitationssport/Funktionstraining

### 1 Definition/Ziel

**Rehabilitationssport** dient dem Aufbau von allgemeiner Kraft, Ausdauer, Koordination und Flexibilität von Menschen mit oder mit drohender Behinderung sowie der Steigerung des Selbstbewusstseins durch sportliche Aktivität (z. B. Gymnastik, Bogenschießen, Rollstuhlsport, Leichtathletik, Schwimmen, etc.).

**Funktionstraining** dient dem Erhalt/der Verbesserung (organbezogener) Belastbarkeit durch gruppenorientierte Übungen auf Basis von Elementen der Physiotherapie und/oder Ergotherapie bei muskuloskelettalen Erkrankungen.

Rehabilitationssport/Funktionstraining kann auch als ergänzende Maßnahme im Rahmen der Individualprävention bei **Berufskrankheiten** nach § 3 Berufskrankheitenverordnung (BKV) erbracht werden, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder Folgeerkrankungen vorzubeugen.

Rehabilitationssport/Funktionstraining wird entsprechend der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und Funktionstraining“ (BAR-Rahmenvereinbarung: [Rehabilitationssport und Funktionstraining](#)) in der jeweils gültigen Fassung durchgeführt.

Rehabilitationssport/Funktionstraining im Sinne der BAR-Rahmenvereinbarung sind **nicht** Übungen ohne medizinische Notwendigkeit, die lediglich der Erzielung oder Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens des Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen dienen (z. B. freies Schwimmen an sogenannten Warmbadetagen).

Rehabilitationssport/Funktionstraining kommt immer dann und solange in Betracht, als dadurch das Ziel der Rehabilitation bzw. der Teilhabe gefördert wird.

### 2 Ausstellen der Verordnung

Rehabilitationssport/Funktionstraining wird auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht, die von einer/einem von den Unfallversicherungsträgern (UV-Träger) hierzu bevollmächtigten Ärztin/Arzt ausgestellt wurde.

#### Wer verordnet?

Nur die/der

- D-Ärztin/D-Arzt
- Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/UV-Träger
- hinzugezogene Ärztin/Arzt nach § 12 Vertrag Ärzte/UV-Träger

darf Rehabilitationssport/Funktionstraining verordnen; andere Ärztinnen/Ärzte (z. B. behandelnde/ behandelnder Ärztin/Arzt bei Berufskrankheiten) nur mit vorheriger Zustimmung des UV-Trägers.

#### Wie wird verordnet?

Mit der „Verordnung zur Durchführung von Rehabilitationssport/Funktionstraining“ (F 2406).

#### Welche Rehabilitationssportart/ welches Funktionstraining wird ausgewählt?

Rehabilitationssportart:

Es kann pro Verordnung **nur eine** Rehabilitationssportart ausgewählt werden. Im Feld „Sonstige“

können alternative Rehabilitationssportarten angegeben werden, z. B. Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl oder Sportkegeln für blinde Menschen.

Funktionstrainingsart:

Zur Auswahl stehen Trocken- und Wassergymnastik. Trocken- und Wassergymnastik können bei Bedarf zeitgleich verordnet werden, sofern beide Formen medizinisch notwendig sind.

Medizinische Trainingstherapie (MTT) ist **nicht** Bestandteil von Rehabilitationssport/Funktionstraining.

### Für welchen Zeitraum und welchen Umfang wird verordnet?

Rehabilitationssport/Funktionstraining wird in der Regel für sechs Monate verordnet. In Ausnahmefällen und mit Begründung kann der Zeitraum 12 Monate betragen.

Die einzelne Verordnung erstreckt sich im Allgemeinen auf bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche. Auch bei kombinierter Verordnung von Wasser- und Trockengymnastik beträgt die Anzahl maximal drei Übungseinheiten pro Woche.

### Behandlungsbeginn

Mit Rehabilitationssport/Funktionstraining ist zeitnah nach der Kostenzusage des UV-Trägers zu beginnen.

### Leistungsumfang

Bei Rehabilitationssport soll die Dauer einer Übungsveranstaltung grundsätzlich mindestens 45 Minuten betragen.

Bei Trockengymnastik soll die Dauer einer Übungsveranstaltung grundsätzlich mindestens 30 Minuten bzw. bei Wassergymnastik grundsätzlich mindestens 20 Minuten betragen.

### Unterbrechung

Unterbrechungen sollten auf begründete Ausnahmefälle begrenzt bleiben (z. B. Urlaubsreisen, Krankenhaus-/Rehabilitationsklinikaufenthalt oder Arbeitsunfähigkeit).

Bei nicht begründeter Unterbrechung des Rehabilitationssports/Funktionstrainings ist der Leistungserbringer berechtigt, den Rehabilitationssport/das Funktionstraining abzurechnen und die bis dahin durchgeführten Leistungen abzurechnen.

Bei Abbruch des Rehabilitationssports/Funktionstrainings muss ein gesonderter Hinweis an den zuständigen UV-Träger erfolgen, dass der Rehabilitationssport/das Funktionstraining durch den Leistungserbringer beendet wurde.

### Folgeverordnung

Vor einer erneuten Verordnung hat eine Untersuchung bei der/dem verordnenden Ärztin/Arzt zu erfolgen.

Die Dauer des Anspruchs auf Rehabilitationssport/Funktionstraining ist grundsätzlich nicht begrenzt. Auch eine wiederholte Gewährung von Rehabilitationssport/Funktionstraining ist – mit Begründung – möglich. Dies kommt insbesondere in Betracht:

- bei schweren Mobilitätsbehinderungen (Cerebralparese, Querschnittlähmung, Amputation, schwere Schädel-Hirnverletzung oder Lähmung von Gliedmaßen, u. a. Bein oder Arm)
- bei Erblindung
- zur Sicherung der Teilhabe
- wenn die versicherte Person nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen

### 3 Kostenzusage

Vor Beginn des Rehabilitationssports/Funktionstrainings ist sowohl bei Erst- als auch Folgeverordnung durch den Leistungserbringer oder die versicherte Person schriftlich die Kostenzusage des UV-Trägers einzuholen.

Eine Ablehnung der Kostenzusage hat gegenüber der versicherten Person und ggf. dem Leistungserbringer zu erfolgen.

### 4 Aufgaben der Leistungserbringer

- zeitnaher Beginn des Rehabilitationssports/Funktionstrainings nach Kostenzusage des UV-Trägers
- inhaltliche und zeitliche Einhaltung der Leistungserbringung entsprechend der Verordnung
- Abrechnung des Rehabilitationssports gemäß den vereinbarten Gebühren mit den Rehabilitationssportvertragspartnern unter Beifügung der unterzeichneten Teilnahmebestätigung der versicherten Person
- Abrechnung des Funktionstrainings nach den von der Deutschen Rentenversicherung Bund festgelegten Vergütungssätzen unter Beifügung der unterzeichneten Teilnahmebestätigung der versicherten Person
- Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen und Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen

### 5 Aufgaben des UV-Trägers

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

### 6 Wo kann die Verordnung bezogen werden?

Die Verordnung wird ausschließlich in elektronischer Form angeboten und kann auf folgender Internetseite heruntergeladen werden: <https://www.dguv.de/formtexte/index.jsp>

#### Hinweis

Leistungsanbieter für Rehabilitationssport/Funktionstraining finden Sie unter:  
[https://www.dguv.de/de/reha\\_leistung/teilhabe/rehasport-funktionstraining/index.jsp](https://www.dguv.de/de/reha_leistung/teilhabe/rehasport-funktionstraining/index.jsp)



# Anlage 1

## Verordnung Physiotherapie (F 2400)

### Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Physiotherapie

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. KG am Gerät ist keine Leistung der gesetzlichen UV. Im Bedarfsfall ist MTT mit der EAP-Verordnung (F 2410) zu rezeptieren.
Name, Vorname der versicherten Person      Geburtsdatum	
Vollständige Anschrift	
Telefon-Nr.	
Beschäftigt als	
Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers	

**1. Diagnose(n), die die Physiotherapie begründen**

**2. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für die Physiotherapie relevant sein können**

- 3. Therapiehinweise**
- Stabilitätsgrad (z. B. belastungsstabil 20 kg bis ...):
  - Weitere Limitierungen (z. B. Bewegungsausmaß):
  - Angewandte OP-Technik:
  - Therapieeinschränkende Wunden:
  - Multiresistente Erreger (Typ und Lokalisation):
  - Sonstige (z. B. orthopädietechnische Versorgung, Sprachbarriere etc.):
  - Bitte um telefonische Rücksprache durch Therapeutin/Therapeuten. (Telefon-Nr. und Zeitfenster angeben):

**4. Konkrete Therapieziele** (z. B. Steigerung ROM, funktioneller Kraftaufbau, Gangschule etc.)

5. Leistungsziffern (Übersicht s. Folgeseite)	Anzahl der Behandlungen insgesamt (max. Behandlungszeit 4 Wochen Ausnahme: Langzeitverordnung s. Nr. 9)	Behandlungstage pro Woche

Beim Abweichen von den Regel-Zeitintervallen (s. Folgeseite) bitte ausfüllen und begründen

6. Leistungsziffern (s. Folgeseite)	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit	Gründe

**7. Voraussichtliche Gesamttherapiedauer**

**8. Physiotherapiebeginn** am \_\_\_\_\_ (spätestens innerhalb von 14 Tagen nach diesem Datum.)  
 Bei dringendem Behandlungsbedarf spätestens innerhalb von 7 Tagen nach diesem Datum.

**9.  Langzeitverordnung** (bis max. 6 Monate) – Die erforderliche Kostenzusage ist vor Behandlungsbeginn vom Leistungserbringenden oder von der versicherten Person gemäß Rahmenvertrag Physiotherapie einzuholen.

Datum	Name, Anschrift und Telefon-Nr. der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes*	Unterschrift

Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite nutzen.

\* oder berechtigte Ärztin/berechtigter Arzt nach Ziffer 2 Teil A der Handlungsanleitung

**Übersicht über Leistungsziffern, -beschreibungen und Zeitintervalle<sup>1)</sup> pro Behandlungseinheit**

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

<sup>1)</sup> Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten.  
<sup>2)</sup> 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 die versicherte Person**

Ausschließlich bei der ersten Verordnung und dem Vorliegen von komplexen Verletzungsmustern können die ersten beiden Behandlungseinheiten zu einer Doppelbehandlung zeitlich zusammengefasst werden. In diesem Fall hat die versicherte Person die Inanspruchnahme der Leistung für beide Behandlungseinheiten separat – also insgesamt zwei Mal – zu quittieren. Genaueres hierzu siehe Rahmenvertrag Physiotherapie.

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum Unterschrift Therapeut/in

# Anlage 2

## Verordnung Ergotherapie (F 2402)

### Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Ergotherapie

Unfallversicherungsträger	Sie dürfen Leistungen dieser Verordnung erbringen und abrechnen, wenn Sie die Regelungen der Vereinbarung zwischen dem ergotherapeutischen 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 der versicherten Person      Geburtsdatum	
Vollständige Anschrift	
Telefon-Nr.	
Beschäftigt als	

**1. Diagnose(n), die die Ergotherapie begründen**

**2. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für diese Ergotherapie relevant sein können**

**3. Therapiehinweise**

Stabilitätsgrad (z. B. belastungsstabil 20 kg bis ...):  
 Weitere Limits (z. B. Bewegungsausmaß):  
 Therapieeinschränkende Wunden:  
 Angewandte OP-Technik:  
 Multiresistente Erreger (Typ und Lokalisation):  
 Sonstige (z. B. orthopädie-technische Versorgung, Sprachbarriere etc.):  
 Bitte um telefonische Rücksprache durch Therapeutin/Therapeuten. (Telefon-Nr. und Zeitfenster angeben):

**4. Konkrete Therapieziele** (z. B. Fingerbeweglichkeit, Funktionstraining, propriozeptives Training etc.)

5. Leistungsziffern (s. Folgeseite)	Anzahl der Behandlungen insgesamt (max. Behandlungszeit 4 Wochen Ausnahme: Langzeitverordnung s. Nr. 9)	Behandlungstage pro Woche

**Beim Abweichen von den Regel-Zeitintervallen (s. Folgeseite) bitte ausfüllen und begründen**

6. Leistungsziffern (s. Folgeseite)	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit	Gründe

**7. Voraussichtliche Gesamttherapiedauer**

**8. Ergotherapiebeginn am** \_\_\_\_\_ (spätestens innerhalb von 14 Tagen nach diesem Datum.)  
 Bei dringendem Behandlungsbedarf spätestens innerhalb von 7 Tagen nach diesem Datum.

**9.  Langzeitverordnung (bis max. 6 Monate) – Die erforderliche Kostenzusage ist vor Behandlungsbeginn vom Leistungserbringenden oder von der versicherten Person gemäß Rahmenvertrag Ergotherapie einzuholen.**

Datum	Name, Anschrift und Telefon-Nr. der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes*	Unterschrift

Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite nutzen.

\* oder berechnigte Ärztin/berechnigter Arzt nach Ziffer 2 Teil B der Handlungsanleitung

**Übersicht über Leistungsziffern, -beschreibungen und Zeitintervalle<sup>1)</sup> pro Behandlungseinheit**  
 (Bei allen Leistungen ist im Regelfall eine Behandlungseinheit pro Behandlungstag zu Grunde zu legen)

<p><b>11.1</b> Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p><b>11.2</b> Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p><b>11.3</b> Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p><b>11.4</b> Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 5</i></p> <p><b>11.5</b> Arbeitstherapie/Betriebliches Arbeitstraining (In enger Kooperation und nur nach Genehmigung durch den UV-Träger. Hierzu nimmt der/die Ergotherapeut/in mit dem UV-Träger Kontakt auf.) <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p><b>11.6</b> Beratung zur Integration in das berufliche und soziale Umfeld außerhalb der ergotherapeutischen Praxis (In enger Kooperation und nur nach Genehmigung durch den UV-Träger. Hierzu nimmt der/die Ergotherapeut/in mit dem UV-Träger Kontakt auf.) <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p>	<p><b>12.2</b> Thermische Anwendungen - Wärme oder Kälte</p> <p><b>12.3</b> Ergotherapeutische temporäre Schiene (Bei Schienen über 200 EUR ist ein Kostenvoranschlag erforderlich.)</p> <p><b>12.5</b> Ärztlich verordneter Hausbesuch</p>
---	---

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

**Bestätigung der Leistungserbringung durch die versicherte Person**

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum	Unterschrift Therapeut/in
-------	---------------------------

# Anlage 3

## 3.1 Verordnung EAP/MTT (F 2410)

<b>Verordnung</b> zur Durchführung einer <input type="checkbox"/> <b>Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)</b>			<input type="checkbox"/> <b>Medizinischen Trainingstherapie (MTT)</b>		
Unfallversicherungsträger			Die erste EAP-Verordnung sowie eine EAP-Verordnung über die sechste Woche hinaus bedürfen jeweils einer Kostenzusage des Unfallversicherungsträgers. Die EAP umfasst als Komplextherapie stets Physiotherapie, Physikalische Therapie und Medizinische Trainingstherapie.  Eine isolierte MTT bedarf keiner Kostenzusage und ist in einer EAP-Einrichtung durchzuführen.		
Name, Vorname der versicherten Person		Geburtsdatum			
Vollständige Anschrift					
Telefon-Nr.					
Beschäftigt als					
<b>1. Diagnose(n)</b> a) b) c)			<b>OP-Datum und Art der Versorgung</b>		
<b>2. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für die EAP oder die MTT relevant sein können</b>					
<b>3. Therapiehinweise</b> <input type="checkbox"/> Stabilitätsgrad (z.B. belastungsstabil bis 20 kg): <input type="checkbox"/> Weitere Limitierungen (Bewegungsausmaß): <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. orthopädische Versorgung, Sprachbarriere etc.):					
<b>4. Therapieziele</b> (z.B. Überkopfarbeiten, Bewältigung von langen Gehstrecken, Heben/Tragen, Treppensteigen):					
<b>EAP</b>			<b>MTT</b>		
<b>5. Leistungsumfang</b> <input type="checkbox"/> Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte):  <input type="checkbox"/> Ergotherapie wurde zusätzlich verordnet (F2402)			<input type="checkbox"/> Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte):		
<b>6. Dauer</b> <input type="checkbox"/> 2 Wochen <input type="checkbox"/> 4 Wochen <input type="checkbox"/> 6 Wochen			MTT wird für 8 Wochen verordnet. Abweichende Dauer: <input type="checkbox"/> Wochen		
<b>7. Frequenz</b> EAP findet an 5 Tagen pro Woche statt. Abweichende Frequenz: <input type="checkbox"/> 3 mal/Woche <input type="checkbox"/> 4 mal/Woche			MTT findet min. 2-mal pro Woche statt. Abweichende Frequenz: <input type="checkbox"/> Mal/Woche		
<b>8. Beginn der EAP oder MTT</b> <input type="checkbox"/> Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) <input type="checkbox"/> Frühestens am:					
<b>Datum</b>	<b>Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes<sup>1</sup></b>			<b>Unterschrift</b>	
<b>Kostenzusage des UV-Trägers</b> (nur bei EAP-Verordnung erforderlich) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Begründung:  Datum: Unterschrift:					

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



# Anlage 4

## 4.1 Verordnung 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:							
<b>Genehmigung</b>							
<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

F 2150 0106 Verordnung zur Durchführung BGSW D-Arzt

## 4.2 BGSW-Aufnahmebericht (F 2152)

<b>BGSW-Aufnahmebericht</b>					
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.					
<b>Datenschutz:</b> 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?  ja  neinBeschreibung der **zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit** des Versicherten:**Art der Tätigkeit:**

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

**Regelmäßige Arbeitszeit:**

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

**Äußere Einflüsse:**

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

**Sonstiges:**

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

<b>BGSW-Kurzbericht</b>				
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				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:	ICD 10	Behandlungsergebnisse (insbesondere mit Bezug auf Funktions- und Fähigkeitsstörungen)		
<p>Letzte Medikation und Applikationsform:</p> <p>Als arbeitsfähig entlassen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Vorschläge</b> (Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.)</p> <p><input type="checkbox"/> Operation, stationär <input type="checkbox"/> Operation, ambulant</p> <p><input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) <input type="checkbox"/> Physikalische Behandlung <input type="checkbox"/> Ergotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Neuropsychologie/Psychotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport</p> <p><input type="checkbox"/> Einschaltung der Berufshilfe <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes/berufsfördernde Leistungen <input type="checkbox"/> Belastungserprobung/Arbeitstherapie, stufenweise Wiedereingliederung</p> <p><input type="checkbox"/> Kfz-Hilfe <input type="checkbox"/> Wohnungshilfe <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt/Klinik:</p> <p><b>Angekreuztes ggf. erläutern</b></p>				
<p><b>Datenschutz:</b> Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.</p> <p>Aufnahmedatum: _____ Entlassungsdatum: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift des Arztes _____ Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik _____</p> <p>Gebühr für BGSW-Kurzbericht mit Anlage 1 ist in Gebühr für BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht F 2160 enthalten.</p>				
		Institutionskennzeichen (IK)		

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 beschrieben werden)

<input type="checkbox"/>	<b>geistig/psychische Belastbarkeit</b> (Zu beachten sind insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge.)
<input type="checkbox"/>	<b>Sinnesorgane</b> (Zu beachten sind insbesondere Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen.)
<input type="checkbox"/>	<b>Bewegungs-/Haltungsapparat</b> (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"/>	<b>Gefährdungs- und Belastungsfaktoren</b> (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 <b>behandlungsrelevante</b> 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><b>Datenschutz:</b> 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> <p>Datum _____ Unterschrift des Arztes _____ Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik _____</p> <p>Gesamtgebühr für BGSW-Aufnahme-, BGSW-Kurz- und BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht nach UV-GOÄ Nr. 117</p>					
Rechnungsnummer		Institutionskennzeichen (IK)			
		Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –			

F 2160 1116 BGSW-Ausführlicher ärztlicher Erfassungsbericht



## 4.6 BGSW-Benachrichtigung des Versicherten (F 2152)

Ihr Unfall vom [...]

### **Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)**

#### **Anrede**

die von Ihrem behandelnden Durchgangsarzt beantragte BGSW wurde von uns genehmigt. Sie findet statt in der BGSW-Klinik [...].

Informationen zu Beginn und Dauer der BGSW erhalten Sie von Ihrem behandelnden Durchgangsarzt und der BGSW-Klinik.

Mit freundlichen Grüßen

# Anlage 5

## 5.1 Verordnung ABMR (F 2162)

<b>Verordnung zur Durchführung einer Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskeletalen Rehabilitation oder Tätigkeitsorientierten Rehabilitation (ABMR/TOR)</b>		
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 <span style="float: right;">Geburtsdatum</span>		
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
<b>Genehmigung (durch UV-Träger)</b>		
<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
<b>Verteiler für Verordnung:</b> UV-Träger		<b>Verteiler für Genehmigung:</b> ABMR/TOR-Einrichtung Verordnende/r Ärztin/Arzt

F 2162 0121 Verordnung zur Durchführung ABMR/TOR

## 5.2 ABMR-Aufnahmebericht (F 2164)

<b>ABMR-Aufnahmebericht (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation)</b>																																																																
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																																																												
Geschlecht																																																																
Unfalltag	Az. des UV-Trägers																																																															
<p>Beginn der ABMR:</p> <p style="text-align: center;"><b>Funktionelles Arbeitsplatzanforderungsprofil</b> (maximale Anforderung am Arbeitsplatz)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Kritische Arbeitsplatzanforderung</th> <th style="width: 10%;">Gewicht kg</th> <th style="width: 10%;">Wiederholungs- zahl</th> <th style="width: 15%;">Zeit</th> <th style="width: 25%;">Ergonomische Besonderheiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><b>Patientenfähigkeitsprofil</b> (aktuelle Leistungsfähigkeit des Versicherten)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Kritische Arbeitsplatzanforderung</th> <th style="width: 10%;">Gewicht kg</th> <th style="width: 10%;">Wiederholungs- zahl</th> <th style="width: 15%;">Zeit</th> <th style="width: 25%;">Fehlende motorische Fähigkeiten, ergonomische Einschränkungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					Kritische Arbeitsplatzanforderung	Gewicht kg	Wiederholungs- zahl	Zeit	Ergonomische Besonderheiten																										Kritische Arbeitsplatzanforderung	Gewicht kg	Wiederholungs- zahl	Zeit	Fehlende motorische Fähigkeiten, ergonomische Einschränkungen																									
Kritische Arbeitsplatzanforderung	Gewicht kg	Wiederholungs- zahl	Zeit	Ergonomische Besonderheiten																																																												
Kritische Arbeitsplatzanforderung	Gewicht kg	Wiederholungs- zahl	Zeit	Fehlende motorische Fähigkeiten, ergonomische Einschränkungen																																																												
<p>Der Therapieplan und die Therapieinhalte wurden aus dem Abgleich zwischen funktionellem Arbeitsplatzanforderungs- und Patientenfähigkeitsprofil entwickelt und der Patient hat seine Zustimmung erklärt:</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein, weil</p>																																																																

F 2164 0816 ABMR-Aufnahmebericht



- 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:
<b>Belastungsniveau</b> (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)
<b>Konsistenz</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Selbsteinschätzung im Vergleich zur getesteten Leistungsfähigkeit</b>	<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.

	<b>Institutionskennzeichen (IK)</b>
--	-------------------------------------

F 2164 0816 ABMR-Aufnahmebericht

## 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) –

# Anlage 6

## Verordnung ITT (F 2408)

<b>Verordnung</b> zur Durchführung einer <b>Individuellen Tele-Therapie (ITT)</b>	
<input type="checkbox"/> Erstverordnung <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Folgeverordnung</span>	
Unfallversicherungsträger	<p>Die Erstverordnung der ITT bedarf keiner Kostenzusage des Unfallversicherungsträgers. Eine Folgeverordnung bedarf einer Begründung und einer Kostenzusage.</p> <p>Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Tele-Therapie nicht innerhalb von einem Monat nach Verordnung bzw. Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.</p> <p>Bei Verordnung als Tele-Nachsorge bitte eine Kopie des bisherigen Therapieplans und ggf. Kurzberichts beifügen.</p>
Name, Vorname der versicherten Person	
Geburtsdatum	
Vollständige Anschrift	
Telefon-Nr.	
Beschäftigt als	Unfalltag und/oder Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers
<b>1. Diagnose(n)</b>	<b>Art der Versorgung / bisherige Therapie</b>
a)	
b)	
c)	
<b>2. Therapieziele</b> <input type="checkbox"/> Sicherung des Therapieerfolgs <input type="checkbox"/> Verbesserung bestehender funktioneller Einschränkungen <input type="checkbox"/> Vorbeugung des Entstehens/der Verschlimmerung einer Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Verhinderung der Verschlimmerung von verbliebenen Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Stabilisierung von Lebensstil- und Verhaltensänderungen <input type="checkbox"/> Förderung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung <input type="checkbox"/> Unterstützung beim Transfer in Alltag und Beruf <input type="checkbox"/> Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Sonstige:	
<b>3. Therapiehinweise</b> <input type="checkbox"/> Besondere Anforderungen am Arbeitsplatz: <input type="checkbox"/> Belastungseinschränkungen: <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. orthopädische Versorgung, Sprachbarriere etc.):	
<b>4. Leistungsumfang</b> <input type="checkbox"/> ITT unimodal – 24 Einheiten à mind. 60 min. Training <input type="checkbox"/> ITT multimodal – 24 Einheiten à mind. 90 min. Training/Vorträge/Entspannungsübungen Ergänzende Hinweise zu den Therapieinhalten:	
<b>5. Begründung</b> (nur bei Folgeverordnung erforderlich)	
<b>Datum</b>	<b>Name und Anschrift der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes</b>
<b>Unterschrift</b>	
Von der Therapieeinrichtung zu ergänzen Name und Anschrift der Einrichtung: Beginn der Tele-Therapie (Datum):  Bitte vollständige Verordnung vor Therapiebeginn an den Unfallversicherungsträger übersenden.	
<b>Kostenzusage des UV-Trägers</b> (nur bei Verlängerung erforderlich) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Begründung:	
Datum	Unterschrift

# Anlage 7

## Verordnung Rehabilitationssport/Funktionstraining (F 2406)

<b>Verordnung</b> zur Durchführung von <input type="checkbox"/> <b>Rehabilitationssport</b> <input type="checkbox"/> <b>Funktionstraining</b>		
Unfallversicherungsträger	<b>Rehabilitationssport</b> dient dem Aufbau von allgemeiner Kraft, Ausdauer, Koordination und Flexibilität von Menschen mit oder mit drohender Behinderung sowie der Steigerung des Selbstbewusstseins durch sportliche Aktivität (z. B. Gymnastik, Bogenschießen, Rollstuhlsport, Leichtathletik, Schwimmen, etc.).	
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum	<b>Funktionstraining</b> dient dem Erhalt/der Verbesserung (organbezogener) Belastbarkeit durch gruppenorientierte Übungen auf Basis von Elementen der Physiotherapie und/oder Ergotherapie bei muskuloskeletalen Erkrankungen.
Vollständige Anschrift		
Telefon-Nr.	MTT ist <b>nicht</b> Bestandteil von Rehabilitationssport und Funktionstraining.	
Beschäftigt als	Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers	
<b>1. Diagnose(n), die den Rehabilitationssport/das Funktionstraining begründen; ggf. relevante Nebendiagnosen</b>		<b>ICD-10</b>
a) b) c) d)  <input type="checkbox"/> erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)		
<b>Rehabilitationssport</b>		<b>Funktionstraining</b>
<b>2. Empfohlene Trainingsart</b> <input type="checkbox"/> Gymnastik (auch im Wasser) <input type="checkbox"/> Ausdauer- und Kraftausdauerübungen <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Bewegungsspiele <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich		<b>Empfohlene Trainingsart</b> <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und/oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik
<b>3. Ziele und Gründe</b>		<b>Ziele und Gründe</b>
<b>4. Notwendige Dauer</b> <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate Begründung erforderlich:		<b>Notwendige Dauer</b> <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate Begründung erforderlich:
<b>Frequenz</b> <input type="checkbox"/> 1-mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-mal/Woche  <input type="checkbox"/> 3-mal/Woche Begründung erforderlich:		<b>Frequenz</b> <input type="checkbox"/> 1-mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-mal/Woche  <input type="checkbox"/> 3-mal/Woche Begründung erforderlich:
<b>5. Folgeverordnung</b> Falls ja, Begründung erforderlich:		
<b>6. Rehabilitationssport/Funktionstraining könnte bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden:</b> Verein, Träger usw., Adresse:		
<b>Datum</b>	<b>Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes<sup>1</sup></b>	<b>Unterschrift</b>
<b>Hinweis für den Leistungserbringer des Rehabilitationssports/Funktionstrainings:</b> Die Maßnahme darf erst mit Vorliegen der Kostenzusage des UV-Trägers begonnen werden.		<b>Kostenzusage des UV-Trägers</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Information folgt  Datum: Unterschrift:

<sup>1</sup> oder Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Arzvertrag

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

Glinkastraße 40

10117 Berlin

Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)

E-Mail: [info@dguv.de](mailto:info@dguv.de)

Internet: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)