

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
Internet: 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 › 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

Anlage 1	33
Verordnung Physiotherapie (F 2400)	33
Anlage 2	35
Verordnung Ergotherapie (F 2402)	35
Anlage 3	37
3.1 Verordnung EAP/MTT (F 2410)	37
3.2 Dokumentation Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)/Medizinische Trainingstherapie (MTT) isoliert (F 2414)	38
Anlage 4	39
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
Anlage 5	47
5.1 Verordnung ABMR (F 2162)	47
5.2 ABMR-Aufnahmebericht (F 2164)	48
5.3 ABMR-Abschlussbericht (F 2166)	50
Anlage 6	52
Verordnung ITT (F 2408)	52
Anlage 7	53
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

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 Qualitäts-sicherungsprogrammen

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

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 unterschreiten.

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 Eigentraining 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 Kostenübernahmeverklärung 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-apparative 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 Thermoerapie
- 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

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

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 Muskuloskelettale Rehabilitation (ABMR)

1 Definition

Um arbeitsplatzbezogene muskuloskelettale 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, Schreiber 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 Eigentraining 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 Verfestigung des bislang erzielten Reha-Erfolgs auszurichten. Überdies dient sie der Unterstützung der versicherten Person beim Alltags- und Berufstransfer und der eigenmotivierten, i. d. R. berufsbegleitenden 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 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 Eigentraining indiziert ist, verordnet werden.

Wesentliche Voraussetzung für eine Tele-Nachsorge ist eine abgeschlossene ambulante oder statio-näre Rehabilitation (EAP, BGSW, ABMR, KSR, TOR, IP-Kollegs¹). 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 nachhal-tigen 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 Durchgangs-arzt/die Durchgangsärztin ist möglich.

Wesentliche Voraussetzung für eine Tele-Individualprävention ist ein ärztlich festgestellter Bedarf, durch ein therapeutisch begleitetes Eigentraining die Entstehung oder Verschlechterung einer Be-rufskrankheit bzw. die Verschlimmerung von Arbeitsunfallfolgen zu verzögern oder zu verhindern, ohne dass akuter Behandlungsbedarf oder die Indikation für eine komplextherapeutische Maßnah-me 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 Hörver-mögens, 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 Aufnahmegeräusch mit dem/der Bezugstherapeuten/in zur Abklä- rung des Ausgangsbefundes/Funktionszustands, der gemeinsamen Vereinbarung von Therapie-zielen 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 Wo-che aufgeteilt werden. Die wöchentliche Therapieeinheit ist erfüllt, wenn die Aufsummierung der

¹ Die Komplexe Stationäre Rehabilitation (KSR) und die Tätigkeitsorientierte Rehabilitation (TOR) sind intensivierte 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 Präventionssprechstunde 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-Sprechstunden² 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

Aufnahmegeräusch, 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.

² 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 herstellerspezifische 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 abzubrechen 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, Querschnittslähmung, 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

Anlage 1

Verordnung Physiotherapie (F 2400)

Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Physiotherapie

Unfallversicherungsträger	<p>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.</p> <p>KG am Gerät ist keine Leistung der gesetzlichen UV. Im Bedarfsfall ist MTT mit der EAP-Verordnung (F 2410) zu rezeptieren.</p>	
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. orthopädiertechnische 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 Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes* Unterschrift

Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite nutzen.

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

- 2 -

Übersicht über Leistungsziffern, -beschreibungen und Zeitintervalle¹⁾ pro Behandlungseinheit

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

¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten.

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

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

Bestätigung der Leistungserbringung durch 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 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.
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum
Vollständige Anschrift	Insbesondere ist Voraussetzung, dass Sie die fachlichen Anforderungen erfüllen und die vereinbarten Gebühren akzeptieren. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch.
Telefon-Nr.	
Beschäftigt als	Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers

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 Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes* Unterschrift

Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite nutzen.

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

- 2 -

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

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

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

Bestätigung der Leistungserbringung durch die versicherte Person

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum Unterschrift Therapeut/in

Anlage 3

3.1 Verordnung EAP/MTT (F 2410)

Verordnung zur Durchführung einer			
<input type="checkbox"/> Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)		<input type="checkbox"/> Medizinischen Trainingstherapie (MTT)	
Unfallversicherungsträger		Die erste EAP-Verordnung sowie eine EAP-Verordnung über die sechste Woche hinaus bedürfen jeweils einer Kostenzusage des Unfallversicherungsträgers.	
Name, Vorname der versicherten Person		Geburtsdatum	
Vollständige Anschrift		Die EAP umfasst als Komplextherapie stets Physiotherapie, Physikalische Therapie und Medizinische Trainingstherapie.	
Telefon-Nr.		Eine isolierte MTT bedarf keiner Kostenzusage und ist in einer EAP-Einrichtung durchzuführen.	
Beschäftigt als		Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers	
1. Diagnose(n) a) b) c)		OP-Datum und Art der Versorgung	
2. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für die EAP oder die MTT relevant sein können			
3. Therapiehinweise <p> <input type="checkbox"/> Stabilitätsgrad (z.B. belastungssabil bis 20 kg): <input type="checkbox"/> Weitere Limitierungen (Bewegungsausmaß): <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. orthopädische Versorgung, Sprachbarriere etc.): </p>			
4. Therapieziele (z.B. Überkopfarbeiten, Bewältigung von langen Gehstrecken, Heben/Tragen, Treppensteigen):			
EAP		MTT	
5. Leistungsumfang <p> <input type="checkbox"/> Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte): <input type="checkbox"/> Ergotherapie wurde zusätzlich verordnet (F2402) </p>		<input type="checkbox"/> Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte):	
6. Dauer <p> <input type="checkbox"/> 2 Wochen <input type="checkbox"/> 4 Wochen <input type="checkbox"/> 6 Wochen </p>		MTT wird für 8 Wochen verordnet. Abweichende Dauer: <input type="checkbox"/> Wochen	
7. Frequenz 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	
8. Beginn der EAP oder MTT <p> <input type="checkbox"/> Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) <input type="checkbox"/> Frühestens am: </p>			
Datum	Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes¹		Unterschrift
Kostenzusage des UV-Trägers (nur bei EAP-Verordnung erforderlich)			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Begründung: Datum: Unterschrift:			

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

3.2 Dokumentation Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)/Medizinische Trainingstherapie (MTT) isoliert (F 2414)

Anlage 4

4.1 Verordnung BGSW (F 2150)

Verordnung zur Durchführung einer BGSW

Unfallversicherungsträger

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

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.

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) ja nein, wurde übersandt am _____.

Behandlungsrelevante unfallunabhängige Diagnose(n): Freitext und ICD 10

Therapie nicht ambulant möglich, weil

- Schwere der Verletzung ambulante Einrichtung nicht erreichbar
 ambulante Betreuung/Versorgung aus sozialen/organisatorischen Gründen nicht gewährleistet

Therapieziel und -vorschläge:

Kann der Versicherte voraussichtlich seine bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen?

- ja unklar nein

Arbeitsbezogene Abklärung erforderlich? ja nein

Voraussichtliche Entlassung aus akutstationärer Behandlung:

Sofortiger Beginn der BGSW nach Entlassung:

- ja, vorgeschlagene BGSW-Klinik:
 nein, weil:

deshalb voraussichtlicher Beginn der BGSW am _____.

Voraussichtliche Dauer der BGSW 1 Woche 2 Wochen 3 Wochen 4 Wochen

Datum Unterschrift des Durchgangsarztes Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes

Fax-Nr. für Antwort:

Genehmigung

- ja uneingeschränkt ja, aber (z. B. andere BGSW-Klinik):
 nein, Information folgt

Datum Unterschrift des Sachbearbeiters Anschrift/Stempel des Unfallversicherungsträgers

Der Versicherte wird über die Genehmigung informiert (Vordruck V 2152).

Verteiler für Verordnung:
UV-Träger

Verteiler für Genehmigung:
BGSW-Klinik
Verordnender D-Arzt

4.2 BGSW-Aufnahmebericht (F 2152)

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

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Tätigkeitsbeschreibung zum BGSW-Aufnahmebericht (Anlage 1)

Erlernter 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"/> Nachschicht | <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"/> belästigende Rauchentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien | <input type="checkbox"/> Zugluft | <input type="checkbox"/> belästigende 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"/> Vibratoren 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 Hebelelementen |
| <input type="checkbox"/> besondere Verantwortlichkeit | <input type="checkbox"/> Auswärts-Montage | <input type="checkbox"/> Lkw mit Hebelelementen |
| <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)

BGSW-Kurzbericht

Unfallversicherungsträger		Bitte zusammen mit der Anlage 1 (Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung) und der BGSW-Verordnung (F 2150) dem Versicherten für den D-Arzt mitgeben und unverzüglich an den Unfallversicherungsträger senden. Therapieplan F 2158 beifügen.	
Name, Vorname des Versicherten		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)		

Letzte Medikation und Applikationsform:

Als arbeitsfähig entlassen: ja nein

Vorschläge (Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.)

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

Angekreuztes ggf. erläutern

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Aufnahmedatum: _____ Entlassungsdatum: _____

Datum

Unterschrift des Arztes

Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik

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

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

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

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

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

3. Beschreibung des Leistungsbildes (insbesondere der unter Ziffer 2. genannten Einschränkungen)**4. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit ausgeübt werden kann.**

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

4.4 BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht (F 2160)

BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht			
Unfallversicherungsträger		Bitte ausführlichen Abschlussbericht an den D-Arzt und den Unfallversicherungsträger senden. Bitte fügen Sie eine Kopie des Therapieplans an den Unfallversicherungsträger bei.	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	
Beschäftigt als		Seit	
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Vollständige Anschrift des Versicherten		Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit
Unfalltag	Az. des UV-Trägers	Geschlecht	
Erwartet werden behandlungsrelevante Angaben zu folgenden Bereichen (soweit nicht bereits in Aufnahme- und Kurzbericht beschrieben): - Fügen Sie bitte zur Quantifizierung der Befunde Skalen und Messblätter bei. -			
1. Diagnosen:			
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):			
Datenschutz: Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. Aufnahmedatum: _____ Entlassungsdatum: _____ Telefon-Durchwahl: _____ Behandelnder Arzt, Ansprechpartner			
Datum	Unterschrift des Arztes	Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik	
Gesamtgebühr für BGSW-Aufnahme-, BGSW-Kurz- und BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht nach UV-GOÄ Nr. 117			
Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK) <small>Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –</small>		

4.5 BGSW-Therapie- und Dokumentationsplan (F 2158)

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)

Verordnung zur Durchführung einer Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskeletalen Rehabilitation oder Tätigkeitsorientierten Rehabilitation (ABMR/TOR)

Unfallversicherungsträger (UV-Träger)

Name, Vorname der versicherten Person Geburtsdatum

Beschäftigt als

Seit

Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift Arbeitgeber/-in, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen)

Vollständige Anschrift der versicherten Person

Telefon-Nr. der versicherten Person

Unfalltag

Az. des UV-Trägers

Diagnosen, die diese Rehabilitationsmaßnahme begründen:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für diese Rehabilitation relevant sein können:

Therapiehinweise:

- Orthopädie-technische Versorgung/Schuhversorgung ist abgeschlossen
 Sprachbarriere, Muttersprache:
 Sonstiges

Voraussichtliche Therapiedauer unter Beachtung der Therapieziele:

- 4 Wochen 2 Wochen

Soweit die Rehabilitationsmaßnahme stationär durchgeführt werden soll, bitte begründen:

Beginn der Rehabilitationsmaßnahme:

- Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Ausstellung der Verordnung).
 Am , weil

Wiedervorstellung bei mir am:

Vorgeschlagene Einrichtung für die Rehabilitationsmaßnahme:

Hinweise für den UV-Träger:

Datum

Name und Anschrift der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes

Unterschrift

Genehmigung (durch UV-Träger)

- Ja, ABMR ambulant
 Ja, ABMR stationär
 Ja, ABMR aber andere Einrichtung:
 Ja, TOR in BG-Klinik

Beigefügt sind:
 Tätigkeitsprofil
 Reha-Plan
 Vorbefunde

- Nein, Information (an versicherte Person, verordnende/n Ärztin/Arzt, Therapieeinrichtung) folgt

Datum

Unterschrift der Sachbearbeitung

Anschrift/Stempel des UV-Trägers

Verteiler für Verordnung:

UV-Träger

Verteiler für Genehmigung:

ABMR/TOR-Einrichtung
Verordnende/r Ärztin/Arzt

5.2 ABMR-Aufnahmebericht (F 2164)

ABMR-Aufnahmebericht (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation)																																																																															
Unfallversicherungsträger																																																																															
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum																																																																													
Beschäftigt als		Seit																																																																													
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)																																																																															
Vollständige Anschrift des Versicherten			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit																																																																											
Unfalltag	Az. des UV-Trägers																																																																														
<p>Beginn der ABMR:</p> <p style="text-align: center;">Funktionelles Arbeitsplatzanforderungsprofil (maximale Anforderung am Arbeitsplatz)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Kritische Arbeitsplatzanforderung</th> <th>Ge-wicht kg</th> <th>Wieder-holungs-zahl</th> <th>Zeit</th> <th>Ergonomische Besonderheiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Patientenfähigkeitsprofil (aktuelle Leistungsfähigkeit des Versicherten)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Kritische Arbeitsplatzanforderung</th> <th>Ge-wicht kg</th> <th>Wieder-holungs-zahl</th> <th>Zeit</th> <th>Fehlende motorische Fähigkeiten, ergonomische Einschränkungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <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>					Kritische Arbeitsplatzanforderung	Ge-wicht kg	Wieder-holungs-zahl	Zeit	Ergonomische Besonderheiten																																				Kritische Arbeitsplatzanforderung	Ge-wicht kg	Wieder-holungs-zahl	Zeit	Fehlende motorische Fähigkeiten, ergonomische Einschränkungen																														
Kritische Arbeitsplatzanforderung	Ge-wicht kg	Wieder-holungs-zahl	Zeit	Ergonomische Besonderheiten																																																																											
Kritische Arbeitsplatzanforderung	Ge-wicht kg	Wieder-holungs-zahl	Zeit	Fehlende motorische Fähigkeiten, ergonomische Einschränkungen																																																																											

- 2 -

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

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

 ja nein

Falls ja, weitere Bemerkungen:

Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit

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

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

Hinweis:

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

Bemerkungen:**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Behandelnder Arzt, Ansprechpartner

Telefon-Durchwahl:

Datum

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten

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

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

5.3 ABMR-Abschlussbericht (F 2166)

ABMR-Abschlussbericht (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation)

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

Verordnung zur Durchführung einer Individuellen Tele-Therapie (ITT)		
<input type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung	
Unfallversicherungsträger	Die Erstverordnung der ITT bedarf keiner Kostenzusage des Unfallversicherungsträgers. Eine Folgeverordnung bedarf einer Begründung und einer Kostenzusage.	
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum	
Vollständige Anschrift	Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Tele-Therapie nicht innerhalb von einem Monat nach Verordnung bzw. Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.	
Telefon-Nr.	Bei Verordnung als Tele-Nachsorge bitte eine Kopie des bisherigen Therapieplans und ggf. Kurzberichts beifügen.	
Beschäftigt als	Unfalltag und/oder Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers	
1. Diagnose(n)	Art der Versorgung / bisherige Therapie	
a) b) c)		
2. Therapieziele	<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 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:	
3. Therapiehinweise	<input type="checkbox"/> Besondere Anforderungen am Arbeitsplatz: <input type="checkbox"/> Belastungseinschränkungen: <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. orthopädische Versorgung, Sprachbarriere etc.):	
4. Leistungsumfang	<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:	
5. Begründung	(nur bei Folgeverordnung erforderlich)	
Datum	Name und Anschrift der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes	Unterschrift
Von der Therapieeinrichtung zu ergänzen Name und Anschrift der Einrichtung: Beginn der Tele-Therapie (Datum):		
Bitte vollständige Verordnung vor Therapiebeginn an den Unfallversicherungsträger übersenden.		
Kostenzusage des UV-Trägers (nur bei Verlängerung erforderlich)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Begründung:		
Datum	Unterschrift	

Anlage 7

Verordnung Rehabilitationssport/Funktionstraining (F 2406)

Verordnung zur Durchführung von <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Funktionstraining		
Unfallversicherungsträger		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.).
Name, Vorname der versicherten Person		Geburtsdatum
Vollständige Anschrift		Funktionstraining dient dem Erhalt/der Verbesserung (organbezogener) Belastbarkeit durch gruppenorientierte Übungen auf Basis von Elementen der Physiotherapie und/oder Ergotherapie bei muskuloskelettauen Erkrankungen.
Telefon-Nr.		MTT ist <u>nicht</u> Bestandteil von Rehabilitationssport und Funktionstraining.
Beschäftigt als		Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers
1. Diagnose(n), die den Rehabilitationssport/das Funktionstraining begründen; ggf. relevante Nebendiagnosen		ICD-10
a) b) c) d) <input type="checkbox"/> erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)		
Rehabilitationssport		Funktionstraining
2. Empfohlene Trainingsart <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		Empfohlene Trainingsart <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und/oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik
3. Ziele und Gründe		Ziele und Gründe
4. Notwendige Dauer <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate Begründung erforderlich:		Notwendige Dauer <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate Begründung erforderlich:
Frequenz <input type="checkbox"/> 1-mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-mal/Woche <input type="checkbox"/> 3-mal/Woche Begründung erforderlich:		Frequenz <input type="checkbox"/> 1-mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-mal/Woche <input type="checkbox"/> 3-mal/Woche Begründung erforderlich:
5. Folgeverordnung Falls ja, Begründung erforderlich:		
6. Rehabilitationssport/Funktionstraining könnte bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden: Verein, Träger usw., Adresse:		
Datum	Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes¹	Unterschrift
Hinweis für den Leistungserbringer des Rehabilitationssports/Funktionstrainings: Die Maßnahme darf erst mit Vorliegen der Kostenzusage des UV-Trägers begonnen werden.		Kostenzusage des UV-Trägers <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Information folgt Datum: Unterschrift:

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

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

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