

Handlungsanleitung

zur Verordnung, Durchführung und
Qualitätssicherung der

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

Impressum

Herausgegeben von: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)
Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

Abteilung Versicherung und Leistungen, Landesverbände

Ausgabe: Oktober 2023

Satz und Layout: Atelier Hauer + Dörfler, Berlin

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

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

Inhaltsverzeichnis

| | Seite |
|---|-----------|
| Teil A: Physiotherapeutische Behandlung – Physikalische Therapie | 5 |
| 1 Behandlungsziel | 5 |
| 2 Ausstellen der Verordnung | 5 |
| 3 Aufgaben des Therapeuten (Praxisinhabers) | 7 |
| 4 Aufgaben des UV-Träger | 7 |
| 5 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden? | 7 |
| Teil B: Ergotherapie | 8 |
| 1 Behandlungsziel | 8 |
| 2 Ausstellen der Verordnung | 8 |
| 3 Aufgaben des Therapeuten (Praxisinhabers) | 9 |
| 4 Aufgaben des UV-Trägers | 9 |
| 5 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden? | 10 |
| Teil C: Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) | 11 |
| 1 Behandlungsinhalt/Dokumentation | 11 |
| 2 Indikationen | 11 |
| 3 Leistungsumfang | 12 |
| 4 Ausstellen der Verordnung | 12 |
| 5 Kostenzusage | 13 |
| 6 Aufgaben der Einrichtung | 13 |
| 7 Aufgaben des UV-Träger | 14 |
| 8 Wo können die Verordnungen bezogen werden? | 14 |
| 9 Qualitätssicherung | 14 |
| Teil D: Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW) | 15 |
| 1 Definition | 15 |
| 2 Indikationen | 15 |
| 3 Behandlungsinhalt | 16 |
| 4 Leistungsumfang | 16 |
| 4.1 Therapeutische Maßnahmen | 16 |
| 4.2 Arbeitsbezogene Maßnahmen | 17 |
| 5 Ausstellen der Verordnung | 17 |
| 6 Genehmigung | 18 |
| 6.1 Erstverordnung | 18 |
| 6.2 Verlängerungsantrag | 18 |
| 7 Aufgaben der BGSW-Klinik | 18 |
| 8 Aufgaben des UV-Trägers | 19 |
| 9 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden? | 19 |
| Teil E: Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR) | 20 |
| 1 Definition | 20 |
| 2 Therapieelemente | 20 |
| 3 Zielgruppe und Indikationen | 20 |
| 4 Voraussetzung, Beginn und Therapiegrundsätze | 21 |
| 5 Ablauf und Behandlungsinhalt | 21 |
| 6 Verfahren | 22 |
| 7 Berichtswesen | 22 |
| 8 Qualitätssicherung | 23 |

Verordnungen und Formtexte

| | Seite |
|--|-----------|
| Anlage 1 | 24 |
| Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Physiotherapie (F 2400) | 24 |
| Anlage 2 | 26 |
| Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie | 26 |
| Anlage 3 | 28 |
| 3.1 Verordnung EAP – Erstes Ordnungsblatt für die EAP-Einrichtung (F 2410) | 28 |
| 3.2 Dokumentation Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)/Medizinische Trainingstherapie (MTT) isoliert | 30 |
| Anlage 4 | 32 |
| 4.1 Verordnung zur Durchführung einer BGSW (F 2150) | 32 |
| 4.2 BGSW-Aufnahmebericht (F 2152) | 33 |
| 4.3 BGSW-Kurzbericht (F 2156) | 35 |
| 4.4 BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht (F 2160) | 37 |
| 4.5 BGSW-Therapie- und Dokumentationsplan (F 2158) | 38 |
| 4.6 BGSW-Benachrichtigung des Versicherten (V 2152) | 39 |
| Anlage 5 | 41 |
| 5.1 Verordnung zur Durchführung einer ABMR (F 2162) | 41 |
| 5.2 ABMR-Aufnahmebericht (F 2164) | 42 |
| 5.3 ABMR-Abschlussbericht (F 2166) | 44 |

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.

Langzeitverordnung:

Eine Langzeitverordnung kann für bis zu 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 des Therapeuten (Praxisinhabers)

- Erklärung, dass mit Annahme der „Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Physiotherapie“ (F 2400) die vertraglichen Regelungen zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der UV-Träger anerkannt und die fachlichen Anforderungen erfüllt sowie die vereinbarten Gebühren akzeptiert werden
- unverzüglicher Beginn der Behandlung gemäß ärztlicher Verordnung
- inhaltliche und zeitliche Einhaltung der Leistungserbringung nach der Verordnung
- Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen und Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen

4 Aufgaben des UV-Träger

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

5 Wo können die Verordnungsblätter 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 Funktionsstörung,
- 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.

Langzeitverordnung:

Eine Langzeitverordnung kann für bis zu 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 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 können die Verordnungsblätter 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. Eine erneute Abrechnung ist erst nach einem behandlungsfreien Intervall von 3 Monaten möglich.

Teil C

Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)

1 Behandlungsinhalt/Dokumentation

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

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

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

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

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

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

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

2 Indikationen

Die EAP kommt vorwiegend zur Beseitigung von besonders schweren Störungen

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

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

Eine EAP kommt beispielsweise in Betracht bei:

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

Eine isolierte MTT kann beispielsweise in Betracht kommen bei:

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

3 Leistungsumfang

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

Orientierende Richtwerte für den Therapieplan sollten sein:

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

Die isolierte MTT umfasst mindestens 60 Minuten.

Im Einzelfall ist der Therapieplan befundbezogen anzupassen.

Im Bedarfsfall wird Ergotherapie ergänzend verordnet, erbracht und abgerechnet.

4 Ausstellen der Verordnung

Wer verordnet und zu welchem Zeitpunkt?

Die/der

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

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

Wie wird verordnet?

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

Für welchen Zeitraum wird verordnet?

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

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

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

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

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

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

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

5 Kostenzusage

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

Ein Widerspruch der Kostenzusage hat gegenüber der/dem verordnenden Ärztin/Arzt, der versicherten Person und der EAP-Einrichtung zu erfolgen.

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

Folgeverordnungen bedürfen keiner weiteren Kostenzusage.

6 Aufgaben der Einrichtung

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

7 Aufgaben des UV-Träger

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

8 Wo können die Verordnungen bezogen werden?

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

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

9 Qualitätssicherung

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

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

Teil D

Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)

1 Definition

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

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

2 Indikationen

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

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

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

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

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

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

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

3 Behandlungsinhalt

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

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

den Gesundheitszustand zu verbessern oder einer Verschlimmerung entgegenzuwirken.

Die verschiedenen Behandlungselemente sind kombiniert einzusetzen.

Ergänzend dazu kommen im Bedarfsfall

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

zur Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit in Betracht.

Zusätzlich beinhaltet die BGSW für Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems

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

4 Leistungsumfang

4.1 Therapeutische Maßnahmen

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

Orientierende Richtwerte für den Therapieplan sollten sein:

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

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

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

4.2 Arbeitsbezogene Maßnahmen

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

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

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

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

5 Ausstellen der Verordnung

Wer verordnet und zu welchem Zeitpunkt?

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

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

Wie wird verordnet?

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

Für welchen Zeitraum wird verordnet?

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

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

6.2 Verlängerungsantrag

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

7 Aufgaben der BGSW-Klinik

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

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

8 Aufgaben des 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 können die Verordnungsblätter bezogen werden?

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

Kontaktdaten der Landesverbände:

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

Teil E

Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR)

1 Definition

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

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

2 Therapieelemente

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

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

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

3 Zielgruppe und Indikationen

Die ABMR ist insbesondere indiziert bei:

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

und

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

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

4 Voraussetzung, Beginn und Therapiegrundsätze

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

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

5 Ablauf und Behandlungsinhalt

1. Feststellung des Reha-Bedarfs:

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

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

2. Durchführung der Therapie:

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

3. Abschluss der Therapie:

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

4. Praxistraining:

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

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

5. Anforderungen für das Praxistraining:

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

6 Verfahren

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

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

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

7 Berichtswesen

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

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

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

Kontaktdaten der Landesverbände:

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

8 Qualitätssicherung

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

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

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

Hinweis

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

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

Anlage 1

Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Physiotherapie (F 2400)

| Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Physiotherapie | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| Unfallversicherungsträger | | Sie dürfen Leistungen dieser Verordnung erbringen und abrechnen, wenn Sie die Regelungen der Vereinbarung zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennen. Insbesondere ist Voraussetzung, dass Sie die fachlichen Anforderungen erfüllen und die vereinbarten Gebühren akzeptieren. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch. KG am Gerät ist keine Leistung der gesetzlichen UV. Im Bedarfsfall ist MTT mit der EAP-Verordnung (F 2410) zu rezeptieren. | |
| Name, Vorname der versicherten Person | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Vollständige Anschrift | | | |
| Telefon-Nr. | | | |
| Beschäftigt als | | Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers | |
| 1. Diagnose(n), die die Physiotherapie begründen | | | |
| 2. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren , die für die Physiotherapie relevant sein können | | | |
| 3. Therapiehinweise <input type="checkbox"/> Stabilitätsgrad (z. B. belastungsstabil 20 kg bis ...): <input type="checkbox"/> Weitere Limitierungen (z. B. Bewegungsausmaß): <input type="checkbox"/> Angewandte OP-Technik: <input type="checkbox"/> Therapieeinschränkende Wunden: <input type="checkbox"/> Multiresistente Erreger (Typ und Lokalisation): <input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. orthopädiotechnische Versorgung, Sprachbarriere etc.): <input type="checkbox"/> 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.) <input type="checkbox"/> Bei dringendem Behandlungsbedarf spätestens innerhalb von 7 Tagen nach diesem Datum. | | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Langzeitverordnung (bis max. 6 Monate) – Die erforderliche Kostenzusage ist vor Behandlungsbeginn vom Leistungserbringenden oder von der versicherten Person gemäß Rahmenvertrag Physiotherapie einzuholen. | | | |
| Datum | Name, Anschrift und Telefon-Nr. der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes* | | Unterschrift |
| | | | |
| Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite nutzen. | | | |

* oder berechnete Ärztin/berechneter Arzt nach Ziffer 2 Teil A der Handlungsanleitung

Übersicht über Leistungsziffern, -beschreibungen und Zeitintervalle¹⁾ pro Behandlungseinheit

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

¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten.
²⁾ Die mit "8" beginnenden Ziffern entsprechen der Vereinbarung mit den Verbänden der physiotherapeutischen Berufe. Die mit "9" beginnenden Ziffern entsprechen dem BG-Nebenkostentarif bei ambulanter Leistungserbringung durch ein Krankenhaus.
 (+) Bei allen mit (+) gekennzeichneten Positionen ist die erforderliche Nachruhe Bestandteil des Vergütungssatzes.

Bestätigung der Leistungserbringung durch die versicherte Person

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

| Datum | Unterschrift | Datum | Unterschrift |
|-------|--------------|-------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Datum Unterschrift Therapeut/in

Anlage 2

Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie

Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Ergotherapie

| | |
|---|--|
| Unfallversicherungsträger | Sie dürfen Leistungen dieser Verordnung erbringen und abrechnen, wenn Sie die Regelungen der Vereinbarung zwischen dem ergotherapeutischen Berufsverband und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennen. Insbesondere ist Voraussetzung, dass Sie die fachlichen Anforderungen erfüllen und die vereinbarten Gebühren akzeptieren. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch. |
| Name, Vorname der versicherten Person Geburtsdatum | |
| Vollständige Anschrift | |
| Telefon-Nr. | |
| Beschäftigt als | |

1. Diagnose(n), die die Ergotherapie begründen

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

3. Therapiehinweise

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

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

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

| Beim Abweichen von den Regel-Zeitintervallen (s. Folgeseite) bitte ausfüllen und begründen | | | |
|--|--|--|--------|
| 6. Leistungsziffern (s. Folgeseite) | Behandlungseinheiten pro Behandlungstag | Zeitintervalle pro Behandlungseinheit | Gründe |
| | | | |
| | | | |

7. Voraussichtliche Gesamttherapiedauer

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

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

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

Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite nutzen.

* oder berechnete Ärztin/berechneter Arzt nach Ziffer 2 Teil B der Handlungsanleitung

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 der/die Ergotherapeut/in mit dem UV-Träger Kontakt auf.) <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> | <p>12.2 Thermische Anwendungen - Wärme oder Kälte</p> <p>12.3 Ergotherapeutische temporäre Schiene (Bei Schienen über 200 EUR ist ein Kostenvorschlag 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 – Erstes Ordnungsblatt für die EAP-Einrichtung (F 2410)

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

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

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

Hinweise

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

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

MUSTER

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

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

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

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

Geburtsdatum: _____ Unfalltag: _____ Kooperationsärztin/ Kooperationsarzt: _____

Kostenzusage durch UV-Träger am: _____ (Verordnung beifügen)

| Datum | EAP als Komplextherapie (Krankengymnastik, physikalische Therapie, MTT) mindestens 120 Minuten Unterschrift der versicherten Person | MTT isoliert mindestens 60 Minuten Unterschrift der versicherten Person | Tests, Untersuchungen, Berichte | | |
|-------|--|--|--|--|--|
| | | | Erstellung u. Dokumentation Therapieplan | Eingangs- u. Abschlusstests an Isokinet. Geräten | Auswertung der isokinet. Eingangs- u. Abschlusstests |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F 2414_ 0123 Dokumentation Therapie EAP

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

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

Geburtsdatum: _____ Unfalltag: _____ Kooperationsärztin/ Kooperationsarzt: _____

Kostenzusage durch UV-Träger am: _____ (Verordnung beifügen)

| Datum | EAP als Komplextherapie (Krankengymnastik, physikalische Therapie, MTT) mindestens 120 Minuten Unterschrift der versicherten Person | MTT isoliert mindestens 60 Minuten Unterschrift der versicherten Person | Tests, Untersuchungen, Berichte | | |
|-------|--|--|--|--|--|
| | | | Erstellung u. Dokumentation Therapieplan | Eingangs- u. Abschlusstests an isokinet. Geräten | Auswertung der isokinet. Eingangs- u. Abschlusstests |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anlage 4

4.1 Verordnung zur Durchführung einer BGSW (F 2150)

Verordnung zur Durchführung einer BGSW

| | | |
|--------------------------------|--------------|--|
| Unfallversicherungsträger | | Mit der BGSW darf erst begonnen werden, sobald die Genehmigung des UV-Trägers vorliegt oder wenn 24 Stunden nach Übersendung dieser Verordnung an den UV-Träger von diesem keine Antwort vorliegt. Wochenenden und Feiertage verlängern diese Frist. Diese Verordnung umfasst den vorgeschlagenen Zeitraum, längstens aber vier Wochen. Eine Verlängerung muss vom Arzt der BGSW-Klinik beim UV-Träger eine Woche vorher formlos beantragt werden. |
| Name, Vorname des Versicherten | Geburtsdatum | |
| Beschäftigt als | Seit | |

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

| | | | |
|---|------------------------------|---------------------|------------|
| Vollständige Anschrift des Versicherten | Telefon-Nr. des Versicherten | Staatsangehörigkeit | Geschlecht |
|---|------------------------------|---------------------|------------|

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

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

F 2152_04/17 BGSW-Aufnahmebericht

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

Tätigkeitsbeschreibung zum BGSW-Aufnahmebericht (Anlage 1)

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

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

Art der Tätigkeit:

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

Regelmäßige Arbeitszeit:

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

Äußere Einflüsse:

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

Sonstiges:

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

Weitere spezifische Belastungen

Ich bestätige die Angaben

Unterschrift des Patienten

4.3 BGSW-Kurzbericht (F 2156)

BGSW-Kurzbericht

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

| | | |
|------------|--------------------|--|
| Unfalltag | Az. des UV-Trägers | |
| Diagnosen: | ICD 10 | Behandlungsergebnisse (insbesondere mit Bezug auf Funktions- und Fähigkeitsstörungen) |
| | | |

Letzte Medikation und Applikationsform:

Als arbeitsfähig entlassen: ja nein

Vorschläge (Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.)

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

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

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

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

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

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

4.4 BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht (F 2160)

BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht

| | | | |
|---|--------------------|------------------------------|---------------------|
| Unfallversicherungsträger | | | |
| 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 | | |

Bitte ausführlichen Abschlussbericht an den D-Arzt und den Unfallversicherungsträger senden.
Bitte fügen Sie eine Kopie des Therapieplans an den Unfallversicherungsträger bei.

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) Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) – |
|-----------------|--|

4.6 BGSW-Benachrichtigung des Versicherten (V 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

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

Tätigkeitsbeschreibung zum BGSW-Aufnahmebericht (Anlage 1)

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

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

Art der Tätigkeit:

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

Regelmäßige Arbeitszeit:

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

Äußere Einflüsse:

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

Sonstiges:

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

Weitere spezifische Belastungen

Ich bestätige die Angaben

Unterschrift des Patienten

5.2 ABMR-Aufnahmebericht (F 2164)

ABMR-Aufnahmebericht (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation)

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

Beginn der ABMR:

Funktionelles Arbeitsplatzanforderungsprofil (maximale Anforderung am Arbeitsplatz)

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

Patientenfähigkeitsprofil (aktuelle Leistungsfähigkeit des Versicherten)

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

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

ja nein, weil

- 2 -

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

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

ja nein

Falls ja, weitere Bemerkungen:

Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit

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

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

Hinweis:

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

Bemerkungen:

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Behandelnder Arzt, Ansprechpartner

Telefon-Durchwahl:

Datum

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten

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

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

5.3 ABMR-Abschlussbericht (F 2166)

ABMR-Abschlussbericht (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation)

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

Abschluss der ABMR:

Funktionelles Arbeitsplatzanforderungsprofil (maximale Anforderung am Arbeitsplatz)

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

Patientenfähigkeitsprofil (aktuelle Leistungsfähigkeit des Versicherten)

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

Arbeitsfähigkeit wird erreicht: ja, ab nein

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

- 2 -

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

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Aufnahmedatum: _____ Entlassungsdatum: _____

Behandelnder Arzt, Ansprechpartner

Telefon-Durchwahl:

Datum

Unterschrift des Arztes

Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik

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

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

MUSTER

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

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

