



LVBG

Landesverband Nordostdeutschland
der gewerblichen Berufsgenossenschaften
12161 Berlin, Fregestr. 44
Telefon: (030) 851 05-5220, Telefax: (030) 851 05-5225
E-Mail: service@berlin.lvbg.de

09.12.2005
No/tg

An die

Durchgangsarzte,
Chefarzte der am stationären berufsgenossenschaftlichen
Verletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhäuser (unfallchirurg., chirurg., neurochirurg.,
kinderchirurg. und orthopädischen Abteilungen),
Verwaltungsdirektoren der beteiligten Krankenhäuser

Rundschreiben D 7/2005

**Die Rundschreiben unseres
Landesverbandes finden Sie
auch im Internet unter:
www.lvbq.de/rundschreiben**

**Neue Handlungsanleitung zur Verordnung, Durchführung und Qualitätssicherung der
Krankengymnastik, Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP),
Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) und sonstigen
stationären Maßnahmen/Neue Vordrucke**

Sehr geehrte Damen und Herren,

beigefügt erhalten Sie die neue Handlungsanleitung zur Verordnung, Durchführung und
Qualitätssicherung der KG, EAP, BGSW und sonstigen stationären Maßnahmen mit den
für Sie relevanten Anlagen 1, 2, 3.1 - 3.3 und 5. Die neue Handlungsanleitung tritt am
01.01.2006 in Kraft.

Folgende Änderungen/Neuerungen haben sich, insbesondere bei der EAP und BGSW,
ergeben:

EAP:

Der Genehmigungsvorbehalt bei der Verordnung der EAP wurde von einer Woche auf drei Tage verkürzt. Weiterhin darf die Therapie erst begonnen werden, wenn die Kostenübernahmeerklärung des Unfallversicherungsträgers vorliegt. Folgeverordnungen bedürfen keiner weiteren Kostenübernahmeerklärung. Der Unfallversicherungsträger kann z. B. aus rechtlichen Gründen und auch im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung die EAP jederzeit beenden.

Die EAP kann durch den D-/H-Arzt oder den Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger verordnet werden.

BGSW:

Die Leistungen zur BGSW können künftig ausschließlich nur vom Durchgangsarzt oder zugelassenen Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger verordnet werden. H-Ärzte können die BGSW grundsätzlich nicht verordnen. In diesen Fällen sollte der zuständige Unfallversicherungsträger kontaktiert werden.

Die bisherige Form der BGSW-Berichtspflicht hat sich geändert. Ebenso wurde bei der BGSW ein Genehmigungsvorbehalt von 24 Stunden den Unfallversicherungsträgern eingeräumt. Der zuständige Unfallversicherungsträger entscheidet innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der Verordnung über die Anerkennung oder Ablehnung der BGSW. Wochenenden und Feiertage verlängern diese Frist. 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.

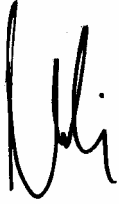
Wir bitten Sie, die Verordnung zur BGSW so früh wie möglich unter Berücksichtigung der Indikationsliste (Nr. 3.2 der Handlungsanleitung) auszustellen und rechtzeitig den Verwaltungen zur Genehmigung vorzulegen, damit keine Behandlungslücke entsteht.

Im Rahmen der Durchführung der BGSW ist der Arzt an der jeweiligen BGSW-Klinik für die medizinische Steuerung des Heilverfahrens zuständig. Eine Verlängerung wird daher vom verantwortlichen Arzt der BGSW-Klinik beim Unfallversicherungsträger beantragt. Weitere wesentliche Änderungen finden sich bei dem nun vorgeschriebenen Leistungsumfang sowie dem Angebot geeigneter Kliniken zur Erbringung der arbeitsbezogenen Abklärung (Nr. 3.4 der Handlungsanleitung).

Wir bitten Sie, ab 01.01.2006 ausschließlich den neuen Verordnungsvordruck im BGSW-Verfahren (s. Anlage 5 der Handlungsanleitung) zu verwenden, den Sie - wie auch die KG- und EAP-Verordnung - weiterhin kostenfrei über die Druckereien der Landesverbände erhalten.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Der Geschäftsführer

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Nolting', written in a cursive style.

(Nolting)

Anlage
Handlungsanleitung mit Anlagen



HVBG
Hauptverband der
gewerblichen
Berufsgenossenschaften



Bundesverband der landwirtschaftlichen
Berufsgenossenschaften (BLB)



Bundesverband
Unfallkassen

Handlungsanleitung

zur Verordnung, Durchführung und Qualitätssicherung

der

- **Physiotherapie/Krankengymnastik - Physikalischen Therapie,**
- **Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP),**
- **Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW)**
- **Sonstigen stationären Maßnahmen**

Stand: **01. Januar 2006**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Physiotherapeutische/krankengymnastische Behandlung - Physikalische Therapie	
1.1 Behandlungsziel	4
1.2 Ausstellen der Verordnung	4
1.3 Aufgaben des Therapeuten (Praxisinhabers)	5
1.4 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers	5
1.5 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?	6
2. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)	
2.1 Behandlungsinhalt	6
2.2 Indikationen	6
2.3 Leistungsumfang	7
2.4 Ausstellen der Verordnung	7
2.5 Kostenübernahmeerklärung	8
2.6 Aufgaben der Einrichtung	8
2.7 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers	8
2.8 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?	8
3. Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)	
3.1 Definition	9
3.2 Indikationen	9
3.2.1 Medizinische Gründe	9
3.2.2 Andere Gründe	10
3.3 Behandlungsinhalt	10
3.4 Leistungsumfang	
3.4.1 Therapeutische Maßnahmen	10
3.4.2 Arbeitsbezogene Maßnahmen	11
3.5 Ausstellen der Verordnung	12

3.6	Genehmigung	12
3.6.1	Erstverordnung	12
3.6.2	Verlängerungsantrag	13
3.6.3	Arbeitsbezogene Maßnahmen	13
3.7	Aufgaben der BGSW-Klinik	13
3.8	Aufgaben des Unfallversicherungsträgers	14
3.9	Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?	14
4.	Sonstige stationäre Maßnahmen	14
	Anlagenverzeichnis	16

1. Physiotherapeutische/krankengymnastische Behandlung - Physikalische Therapie

1.1 Behandlungsziel

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

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

1.2 Ausstellen der Verordnung

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

Wer verordnet?

Nur der

- D-Arzt,
- H-Arzt,
- Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

darf Heilmittel verordnen, andere Ärzte (z. B. behandelnder Arzt bei Berufskrankheiten) nur mit vorheriger Genehmigung des zuständigen Unfallversicherungsträgers.

Wie wird verordnet?

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

Beachte:

- Die verordnungsfähigen Leistungsziffern sind auf der Rückseite der Verordnung abgedruckt.
- Unter Behandlungseinheit ist das Aufsuchen der Therapieeinrichtung durch den Versicherten (z. B. 2 Behandlungseinheiten pro Behandlungstag: Der Versicherte findet sich am Vormittag und am Nachmittag in der Einrichtung zur Therapie ein.) zu verstehen.

- Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten. Soweit der verordnende Arzt keine gesonderten Angaben macht, gilt das Regelzeitintervall der Leistungsbeschreibung.
- Will der Arzt mehr als eine Behandlungseinheit pro Behandlungstag und/oder über das Regelzeitintervall hinaus Leistungen der KG/PT verordnen, ist eine entsprechende Begründung erforderlich. Hierbei reicht die alleinige Angabe der Diagnose nicht aus.

Für welchen Zeitraum wird verordnet?

Solange ein erkennbarer, messbarer Funktionsgewinn zur völligen oder weitestgehenden Wiederherstellung zu verzeichnen ist oder einer drohenden Verschlimmerung vorgebeugt werden kann.

Eine Verordnung umfasst immer nur 2 Wochen. Danach hat eine Kontrolluntersuchung beim verordnenden Arzt zu erfolgen. Es ist ggf. eine weitere Verordnung auszustellen.

Nach 4 Wochen ist eine Begründung des verordnenden Arztes für die ggf. weitere Verordnung erforderlich.

Ist nach einem Behandlungszeitraum (4 Wochen) kein Funktionsgewinn feststellbar, ist festzulegen, ob

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

1.3 Aufgaben des Therapeuten (Praxisinhabers)

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

1.4 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers

- Steuerung des Heilverfahrens
- Qualitätssicherung

1.5 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?

Der D-Arzt, H-Arzt oder Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger bezieht sie vom jeweils regional zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Anschriften siehe Anlage 2). Andere Ärzte erhalten die Verordnungsblätter mit dem Einzelbehandlungsauftrag nur vom zuständigen Unfallversicherungsträger.

2. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)

2.1 Behandlungsinhalt

Bei der EAP werden die in der Standardtherapie vorwiegend isoliert zur Anwendung kommenden Behandlungsmaßnahmen - Physiotherapie/Krankengymnastik, Massage, Elektrotherapie - um die Medizinische Trainingstherapie ergänzt, zusammengeführt und, auf den Einzelfall abgestellt, in der jeweils in Betracht kommenden Kombination angewandt. Sie dient damit insbesondere der Funktionswiederherstellung oder Funktionsverbesserung nach Unfallverletzungen mit Störungen ganzer Funktionsketten oder nach Berufskrankheiten.

2.2 Indikationen

Ist erkennbar, dass mit der KG/PT das mögliche Rehabilitationsergebnis nicht ausreichend oder nur verzögert erreicht wird, kann eine EAP angezeigt sein.

Die EAP ist insbesondere indiziert bei

- Bewegungseinschränkungen nach Gelenk-Teilsteifen (z. B. Arthrolysen, Gelenkersatz nach ankylosierenden Arthrosen, Narkosemobilisation etc.),
- komplexen Gelenkverletzungen mit verzögerter Mobilisierbarkeit (z. B. wegen Weichteilschadens, postoperativer Ruhigstellung, schwerer Handverletzung etc.),
- objektiv nachweisbaren (Vergleichsmessdaten) Muskelschwächen oder Muskelfunktionsstörungen nach Verletzungen oder Operationen (z. B. Kompartmentsyndrom, Gesäßmuskelschwäche nach Hüft-, Beckenoperationen, Rückenmuskelschwäche nach Wirbelsäulenoperationen etc.),
- frühzeitig (innerhalb von vier Wochen) erkennbarem Stillstand eines anfänglichen Funktionsgewinnes unter Standardtherapie der KG/PT (z. B. wegen chronischer Gelenkkapselentzündung nach Band- oder anderen Gelenkoperationen, zunehmenden Narben-Weichteilschrumpfung etc.),
- koordinativer Leistungsschwäche, insbesondere auch nach zentralen Nervenverletzungen.

2.3 Leistungsumfang

Die kombinierten Behandlungsmaßnahmen sind gemäß Verordnung des Arztes und je nach Indikationen und/oder Leistungszustand des Versicherten in möglichst engen Zeitabständen grundsätzlich täglich ggf. auch mehrfach und an Samstagen durchzuführen. Sie sollen 120 Minuten pro Tag nicht unterschreiten.

2.4 Ausstellen der Verordnung

Wer verordnet und zu welchem Zeitpunkt?

Der

- D-Arzt,
- H-Arzt
- Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

verordnet die EAP so rechtzeitig, dass bei erreichter Belastungsfähigkeit des Versicherten die EAP unverzüglich beginnen kann.

Wie wird verordnet?

- Mit dem Vordruck gemäß Anlage 3.1 „Verordnung zur Durchführung einer EAP“ (F 2410) spätestens eine Woche vor dem vorgesehenen Behandlungsbeginn der EAP, damit eine Unterbrechung der Therapie vermieden wird

Beachte:

- Das Original des Verordnungsvordrucks erhält die EAP-Einrichtung (Anlage 3.1)
- Die Durchschrift erhält der Unfallversicherungsträger bei der Erstverordnung zur generellen Prüfung der Kostenübernahme und bei Weiterverordnung zur Information (Anlage 3.2),
- Das dritte Exemplar ist für den Eigenbedarf (Anlage 3.3) des Arztes bestimmt.

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:

- Für 14 Tage ab Behandlungsbeginn, danach Kontrolluntersuchung; ggf. neue Verordnung für weitere 14 Tage

Ist nach einem Behandlungszeitraum (4 Wochen) kein Funktionsgewinn feststellbar, ist festzulegen, ob

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

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

Hält der D-Arzt, H-Arzt, Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger die Beendigung der Behandlung für erforderlich, unterrichtet er unverzüglich den Unfallversicherungsträger (möglichst auch die EAP-Einrichtung). Der Unfallversicherungsträger bricht die Behandlung gegenüber der EAP-Einrichtung unverzüglich ab.

Sofern als weitere Therapie die KG/PT ausreicht, ist diese zu verordnen.

Die Medizinische Trainingstherapie (MTT) kann auch als alleinige Therapieform, jedoch nur mit einer EAP-Verordnung erfolgen.

2.5 Kostenübernahmeerklärung

Der Unfallversicherungsträger übersendet innerhalb von drei Tagen nach Eingang der für ihn bestimmten Durchschrift der **Erstverordnung** der EAP-Einrichtung die Kostenübernahmeerklärung oder widerspricht der Verordnung gegenüber dem verordnenden Arzt, dem Versicherten und der EAP-Einrichtung. Wochenenden und Feiertage verlängern diese Frist.

Folgeverordnungen bedürfen keiner weiteren Kostenübernahmeerklärung.

Der Unfallversicherungsträger kann z. B. aus rechtlichen Gründen und auch im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung die EAP jederzeit beenden. Darüber sind EAP-Einrichtung, Versicherter und verordnender Arzt zu informieren.

2.6 Aufgaben der Einrichtung

- Unverzögliche Durchführung der Therapie gemäß ärztlicher Verordnung nach Vorlage der Kostenübernahmeerklärung des Unfallversicherungsträgers
- Einhaltung des Leistungsumfangs nach 2.3 der Handlungsanleitung
- Vorstellung der Versicherten zur 14-tägigen Kontrolluntersuchung nach Beginn der Behandlung beim verordnenden Arzt
- Abrechnung gemäß EAP-Gebührenverzeichnis
- Übersendung des Vordrucks EAP 2 „Abrechnung für Erweiterte Ambulante Therapie (Anlage 4) an den Unfallversicherungsträger mit der Abrechnung
- Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen und Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen

2.7 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers

- Steuerung des Heilverfahrens
- Prüfung der Kostenübernahme nach 2.5
- Qualitätssicherung

2.8 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?

Beim jeweils regional zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Anschriften siehe Anlage 2).

3. Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)

3.1 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 gewerblichen Berufsgenossenschaften 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 ausreichen oder nicht möglich bzw. nicht durchführbar sind.

3.2 Indikationen

3.2.1 Medizinische Gründe

BGSW ist im Anschluss an eine Akutbehandlung in der Regel indiziert bei:

- Schweren Schädel-Hirn-Verletzungen
- Amputation großer Gliedmaßen
- Replantationen
- Verletzungen großer Nervenbahnen und -geflechte
- Ausgedehnten Verbrennungen und entsprechenden Weichteilverletzungen
- Schweren Handverletzungen

Eine mögliche medizinische Indikation für BGSW besteht bei:

- Mehrfachfrakturen bzw. Polytraumen bei entsprechender Belastbarkeit
- Komplikationsverläufen, insbesondere nach
 - Fraktur mit begleitenden Weichteilschäden 2. und 3. Grades
 - Fraktur großer Röhrenknochen
 - Wirbelfraktur (ohne isolierte Dorn- und Querfortsatzfrakturen)
 - Komplexe Beckenfraktur
 - Fraktur großer Gelenke
 - Endoprothesenoperation
 - Operativ versorgter Knocheninfektion
 - Kontrakturen nach Brandverletzungen
 - Akutem komplexen regionalen Schmerzsyndrom I und II (Reflex-/Algodystrophiesyndrom, Morbus Sudeck)

Keine Indikation für BGSW besteht in der Regel bei:

- Monoverletzungen
- Fehlender Belastbarkeit für eine komplexe Nachbehandlung

Rückenmarkverletzte 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 Indikationskatalog aufgeführten Verletzungen eine BGSW erfordern.

3.2.2 Andere Gründe

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

3.3 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

- Physiotherapeutischer/krankengymnastischer Therapie,
- Physikalischer Therapie,
- Medizinischer Trainingstherapie,
- Ergotherapie,
- Psychosozialer Betreuung

den Gesundheitszustand zu verbessern oder einer Verschlimmerung entgegenzuwirken und bei der Entwicklung eigener Abwehr und Heilungskräfte zu helfen.

Zusätzlich beinhaltet die BGSW für Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems

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

Daneben kann eine arbeitsbezogene Abklärung erforderlich sein. Im Rahmen der arbeitsbezogenen Abklärung soll geprüft werden, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind.

3.4 Leistungsumfang

3.4.1 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:

3 Stunden Einzelbehandlung, z.B.:

- 30 Minuten Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzelbehandlung
- 60 Minuten Medizinische Trainingstherapie (MTT, MAT)
- 60 Minuten Ergotherapie als Einzelleistung
- 30 Minuten Physikalische Therapie (abhängig von der konkreten Physiotherapie/Krankengymnastik)

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.

Die aktiven therapeutischen Einzelleistungen müssen mindestens 3 Stunden pro Tag betragen. Abweichungen nach unten sind auf Aufforderung zu begründen.

Eine Gesamttherapiezeit (einschließlich Gruppenbehandlungen) von 4 Stunden darf nicht unterschritten werden.

3.4.2 Arbeitsbezogene Maßnahmen

Bietet die BGSW-Einrichtung auch die Möglichkeit der Prüfung arbeitsbezogener Maßnahmen, können folgende Leistungen in Betracht kommen:

- Eine unter medizinischen Rahmenbedingungen vorgenommene Belastungserprobung und Arbeitstherapie unter Zugrundelegung der Tätigkeit, die der Patient bisher im Betrieb durchgeführt hat, mit der Zielrichtung
 - a) Feststellung des Leistungsbildes hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit
 - b) Feststellung des Leistungsbildes hinsichtlich der weiteren Behandlungsbedürftigkeit
 - c) Feststellung des Leistungsbildes hinsichtlich der eventuell anstehenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Eine medizinisch-psychologische Beurteilung hinsichtlich der notwendigen Berufsqualifizierungsmaßnahmen und in welche Richtung diese eventuell gehen könnten (z. B. Screening auf Büro- oder Handwerkstätigkeit)

Methoden der Prüfung, ob Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind, können sein:

- Eine Belastungserprobung und Arbeitstherapie, Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), Arbeitsplatzsimulationsgerät ERGOS, Instrument zur Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (IMBA), Abklärung durch funktionelle, auf beruflicher Tätigkeit basierender Ergotherapie

Die Prüfung, ob Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind, kann auch in Zusammenarbeit mit nahegelegenen Betrieben oder Berufsförderungs-/Bildungswerken geschehen.

3.5 Ausstellen der Verordnung

Wer verordnet und zu welchem Zeitpunkt?

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

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

Wie wird verordnet?

- Mit dem Vordruck gemäß Anlage 5 „Verordnung zur Durchführung einer BGSW“ (F 2150).

Dieser ist an den zuständigen Unfallversicherungsträger zu senden, damit eine Genehmigung geprüft werden kann.

Für welchen Zeitraum wird verordnet?

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

- grundsätzlich für längstens 4 Wochen

Beachte:

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

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

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

3.6 Genehmigung

3.6.1 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.

3.6.2 Verlängerungsantrag

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

3.6.3 Arbeitsbezogene Maßnahmen

Sofern durch arbeitsbezogene Maßnahmen zusätzliche Kosten entstehen, ist deren Durchführung vom zuständigen Unfallversicherungsträger zu genehmigen.

3.7 Aufgaben der BGSW-Klinik

- Unverzügliche Aufnahme in Absprache mit dem verordnenden Arzt
- Unverzügliche Erstattung des Aufnahmeberichts (F 2152, Anlage 6) durch den leitenden Arzt der BGSW-Klinik
- Bei Behandlung begleitender peripherer Nervenverletzungen in BGSW-Kliniken für Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates ist eine Diagnostik und ggf. Mitbehandlung durch einen Neurologen erforderlich; dies gilt auch bei Zustand nach akutem komplexen regionalen Schmerzsyndrom I und II (Reflex-/Algodystrophiesyndrom, Morbus Sudeck)
- Durchführung der Therapie gemäß Therapievorschlag auf BGSW-Verordnung (F 2150) und ärztlichem Behandlungsplan
- Einhaltung des Leistungsumfangs nach 3.4
- Unverzügliche Unterrichtung des Unfallversicherungsträgers in freier Form über das Ergebnis der arbeitsbezogenen Abklärung auch bei Weiterführung der BGSW
- Beendigung der BGSW mit BGSW-Kurzbericht (F 2156, Anlage 7); dieser ist entbehrlich, wenn der Abschlussbericht (F 2160, Anlage 8) bereits zur Entlassung fertiggestellt ist. 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 F 2158 „Therapie- und Dokumentationsplan“ 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

3.8 Aufgaben des Unfallversicherungsträgers

- Durchführung des Genehmigungsverfahrens nach 3.6; Benachrichtigung des Versicherten mit Vordruck V 2152 (Anlage 10)
- Auswahl der BGSW-Klinik in Abhängigkeit von der Verordnung, z. B. hinsichtlich peripherer Nervenverletzung, Zustand nach akutem komplexen regionalen Schmerzsyndrom I und II, arbeitsbezogener Abklärung (siehe hierzu auch Bemerkungen zu den BGSW-Kliniken im LV-Infodienst)
- Qualitätssicherung
- Bezahlung der Rechnungen nach vollständiger Vorlage der Berichte (Kurzbericht, Abschlussbericht, Therapie- und Dokumentationsplan)

3.9 Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?

Beim jeweils regional zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Anschriften siehe Anlage 2).

4. Sonstige stationäre Maßnahmen

Zu den sonstigen stationären Maßnahmen gehören neben der Akutbehandlung insbesondere stationäre Wiederholungsheilverfahren und stationäre Rehabilitationsheilverfahren, die z. B. im späteren Verlauf des Heilverfahrens oder bei Diagnosen erforderlich werden, die nicht in 3.2 aufgeführt sind.

Des Weiteren zählen zu den sonstigen stationären Maßnahmen die neurologische Frührehabilitation, die weiterführende medizinische Rehabilitation sowie die schulisch-berufliche Eingliederung schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen.

Für **komplexe stationäre Rehabilitationsmaßnahmen**, z. B. bei

- Mehrfachverletzungen an Extremitäten und Rumpf
- Querschnittlähmungen
- Schädel-Hirn-Verletzungen
- schweren Brandverletzungen
- schweren Handverletzungen
- auftretenden Komplikationen wie Osteitis, Dystrophiesyndrom
- Gliedmaßenverlust(en) zur prothetischen Versorgung

kommen in erster Linie die BG-Unfallkliniken in Betracht.

Darüber hinaus kommen für eine komplexe stationäre Rehabilitation in einer BG-Unfallklinik auch alle anderen Fälle in Betracht, bei denen eine Unverhältnismäßigkeit zwischen Art und Schwere der Verletzung und Dauer des Heilverfahrens oder eine Problematik bei der Teilhabe am Arbeitsleben erkennbar ist.

Bei Verletzungen, die nach Art oder Schwere einfacher gelagert sind, aber dennoch stationärer rehabilitativer Behandlung bedürfen, können nach formloser Antragstellung mit Genehmigung des Unfallversicherungsträgers auch beteiligte BGSW-Kliniken in Anspruch genommen werden.

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 „Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie“ (F 2400)
- Anlage 2 Anschriften der LVBG
- Anlage 3.1 Erstes Verordnungsblatt für die EAP-Einrichtung
- Anlage 3.2 Zweites Verordnungsblatt (Durchschrift) für den Unfallversicherungsträger
- Anlage 3.3 Drittes Verordnungsblatt (Durchschrift) für den Arzt
- Anlage 4 „Abrechnung für Erweiterte Ambulante Physiotherapie“ (EAP 2)
- Anlage 5 „Verordnung zur Durchführung einer BGSW“ (F 2150)
- Anlage 6 „Aufnahmebericht“ (F 2152)
- Anlage 7 „BGSW-Kurzbericht“ (F 2156)
- Anlage 8 „Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht“ (F 2160)
- Anlage 9 „Therapie- und Dokumentationsplan“ (F 2158)
- Anlage 10 „Benachrichtigung des Versicherten“ (V 2152)

Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie

Unfallversicherungsträger		Mit der Annahme der Verordnung erklärt der Praxisinhaber, dass er die Regelungen der Vereinbarung zwischen den Physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennt. Insbesondere erklärt er, dass er die fachlichen Anforderungen erfüllt und die vereinbarten Gebühren akzeptiert. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch. Die aktuelle Vereinbarung ist unter http://www.hvbg.de/d/pages/reha/verquet/index.html verfügbar.	
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum		
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort		Diagnose	
Unfalltag			
1 Leistungsziffer (s. Folgeseite):	Leistungsziffer (s. Folgeseite):	Leistungsziffer (s. Folgeseite):	Leistungsziffer (s. Folgeseite):
Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:
Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:
2 Nur auszufüllen bei Überschreiten der Regel-Zeitintervalle (siehe Folgeseite)			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> Die Behandlungszeiten ergeben sich aus dem gültigen Leistungsverzeichnis. Soweit medizinisch notwendig für einzelne Leistungsziffern die vorgegebenen Behandlungseinheiten oder Zeitintervalle¹⁾ pro Tag (s. Folgeseite) überschritten werden sollen, ist dies nachfolgend unter Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten und der Zeitintervalle zu begründen! </div>			
Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:
Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:
Gründe:	Gründe:	Gründe:	Gründe:
3 Begründung für eine Weiterverordnung nach einer Behandlungszeit von 4 Wochen: 			
4 Behandlungsbeginn am <input type="text"/> Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am <input type="text"/> (spätestens alle 14 Tage)		Stempel des D-/H-Arztes Unterschrift des D-/H-Arztes	
Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite benutzen!			
¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von 10 Minuten.			

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

<p>8101 (9101)²⁾ Krankengymnastische Behandlung auch auf neurophysiologischer Grundlage <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8102 (9102)²⁾ Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Kind <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p>8103 (9103)²⁾ Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Erwachsenen <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p>8104 (9104)²⁾ Krankengymnastische Behandlung in Gruppen ab 3 Teilnehmer <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8105 (9105)²⁾ Krankengymnastik im Bewegungsbad (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8106 (9106)²⁾ Krankengymnastik im Bewegungsbad in Gruppen (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8107 (9107)²⁾ Manuelle Therapie <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p>	<p>8201 (9201)²⁾ Wärmeanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (alle Wärmestrahler) <i>Regel-Zeitintervalle: 1</i></p> <p>8202 (9202)²⁾ Heiße Rolle bei einem oder mehreren Körperabschnitten <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8203 (9203)²⁾ Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8204 (9204)²⁾ Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung eines Körperabschnittes (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8205 (9205)²⁾ Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Doppelpackung, zwei Körperabschnitte (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8206 (9206)²⁾ Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (Komresse, Eisbeutel, Peloide, Eisteilbad) <i>Regel-Zeitintervalle: 1</i></p> <p>8207 (9207)²⁾ Apparative Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperteilen (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-Zeitintervalle: 1</i></p> <p>8502 (9502)²⁾ Rauminhalation <i>Regel-Zeitintervalle: 1</i></p> <p>8601 (9601)²⁾ Zusätzlich ärztlich verordnete Ruhe</p> <p>8602 (9602)²⁾ Ärztlich verordneter Hausbesuch</p>
--	--	---	---	--

¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten.

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

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

Bestätigung der Leistungserbringung durch den Versicherten			
Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum
Unterschrift Therapeut
Stempel Therapeutische Praxis

Anschriften der Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Landesverband Rheinland-Westfalen
der gewerblichen Berufsgenossenschaften
Kreuzstraße 45
40210 Düsseldorf
Telefon: (02 11) 82 24-637
Fax: (02 11) 82 24-644
E-Mail: service@duesseldorf.lvbg.de

Landesverband Nordwestdeutschland
der gewerblichen Berufsgenossenschaften
Hildesheimer Straße 309
30519 Hannover
Telefon: (05 11) 9 87-22 77
Fax: (05 11) 9 87-22 66
E-Mail: service@hannover.lvbg.de

Landesverband Nordostdeutschland
der gewerblichen Berufsgenossenschaften
Fregestraße 44
12161 Berlin
Telefon: (0 30) 8 51 05-52 20
Fax: (0 30) 8 51 05-52 25
E-Mail: service@berlin.lvbg.de

Landesverband Hessen-Mittelrhein und Thüringen
der gewerblichen Berufsgenossenschaften
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 15
55130 Mainz-Weisenau
Telefon: (0 61 31) 8 02-227
Fax: (0 61 31) 8 02-191
E-Mail: service@mainz.lvbg.de

Landesverband Südwestdeutschland
der gewerblichen Berufsgenossenschaften
Kurfürsten-Anlage 62
69115 Heidelberg
Telefon: (0 62 21) 5 23-0
Fax: (0 62 21) 5 23-399
E-Mail: service@heidelberg.lvbg.de

Landesverband Bayern und Sachsen
der gewerblichen Berufsgenossenschaften
Am Knie 8
81241 München
Telefon: (0 89) 82003-500
Fax: (0 89) 82003-599
E-Mail: service@muenchen.lvbg.de

Verordnung zur Durchführung einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) - EAP-Einrichtung -	
Unfallversicherungsträger	Mit der Therapie darf erst begonnen werden, sobald die Kostenübernahme-Erklärung des UV-Trägers vorliegt. Diese Verordnung umfasst 2 Wochen. Zur Fortführung ist eine neue Verordnung des D-/H-Arztes notwendig. - Hinweis siehe Folgeseite -
Name, Vorname des Versicherten	
Geburtsdatum	
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)	
Vollständige Anschrift des Versicherten	Die Durchführung der EAP ist in folgender zugelassener Einrichtung vorgesehen:
Unfalltag	
Diagnose:	Verordnung:
	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik * <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie * <input type="checkbox"/> Medizinische Trainingstherapie **
OP-Datum:	Art der operativen Versorgung:
	Ggf. bekannte Vorschäden o. Erkrankungen:
Beigefügt ist: <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht	
* : Isolierte Krankengymnastik oder Physikalische Therapie ist grundsätzlich mit dem Vordruck F 2400 zu verordnen	
** : Die Medizinische Trainingstherapie kann innerhalb der EAP auch isoliert verordnet werden	
Therapieziel: Steigerung von	
<input type="checkbox"/> Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> Kraft
<input type="checkbox"/> Koordination	<input type="checkbox"/> Ausdauer
Ziel (Neutral-0-Methode):	Ziel:
	Ziel:
<input type="checkbox"/> Andere (Art und Umfang angeben)	
Ziel:	
Therapiehinweise:	
(Limitierung von Bewegung und Belastung, besondere Beachtung von)	
Behandlungsbeginn:	
<input type="checkbox"/> sofort	<input type="checkbox"/> am (Datum):
Behandlungssequenz:	
<input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche	<input type="checkbox"/> 4 Tage/Woche
	<input type="checkbox"/> 6 Tage/Woche
Arbeitsfähigkeit besteht während der EAP: <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	
Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am:	
(spätestens 14 Tage nach Behandlungsbeginn)	
Datum	Unterschrift des D-/H-Arztes
	Stempel des D-/H-Arztes

Hinweis:

Für die Verordnung über die 2. Woche hinaus ist eine weitere Kostenübernahmeerklärung nicht erforderlich.

Ein EAP-Verfahren ist grundsätzlich auf 4 Wochen begrenzt. Sollte aus Sicht des verordnenden und behandelnden D-/H-Arztes das EAP-Verfahren im Einzelfall auf Grund der noch bestehenden Unfallfolgen dennoch fortgeführt werden müssen, ist dies vom verordnenden und behandelnden D-/H-Arzt gesondert im voraus zu begründen. Soweit der UV-Träger der Fortführung über die 4. Woche hinaus nicht widerspricht, kann die EAP weiterhin erbracht werden.

Verordnung zur Durchführung einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) - UV-Träger -	
Unfallversicherungsträger	Mit der Therapie darf erst begonnen werden, sobald die Kostenübernahme-Erklärung des UV-Trägers vorliegt. Diese Verordnung umfasst 2 Wochen. Zur Fortführung ist eine neue Verordnung des D-/H-Arztes notwendig. - Hinweis siehe Folgeseite -
Name, Vorname des Versicherten	
Geburtsdatum	
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)	
Vollständige Anschrift des Versicherten	Die Durchführung der EAP ist in folgender zugelassener Einrichtung vorgesehen:
Unfalltag	
Diagnose:	Verordnung:
	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik * <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie * <input type="checkbox"/> Medizinische Trainingstherapie **
OP-Datum:	Art der operativen Versorgung:
	Ggf. bekannte Vorschäden o. Erkrankungen:
Beigefügt ist: <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht	
* : Isolierte Krankengymnastik oder Physikalische Therapie ist grundsätzlich mit dem Vordruck F 2400 zu verordnen	
** : Die Medizinische Trainingstherapie kann innerhalb der EAP auch isoliert verordnet werden	
Therapieziel: Steigerung von	
<input type="checkbox"/> Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> Kraft
<input type="checkbox"/> Koordination	<input type="checkbox"/> Ausdauer
Ziel (Neutral-0-Methode):	Ziel:
	Ziel:
<input type="checkbox"/> Andere (Art und Umfang angeben)	
Ziel:	
Therapiehinweise:	
(Limitierung von Bewegung und Belastung, besondere Beachtung von)	
Behandlungsbeginn:	
<input type="checkbox"/> sofort	<input type="checkbox"/> am (Datum):
Behandlungssequenz:	
<input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche	<input type="checkbox"/> 4 Tage/Woche
	<input type="checkbox"/> 6 Tage/Woche
Arbeitsfähigkeit besteht während der EAP: <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	
Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am:	
(spätestens 14 Tage nach Behandlungsbeginn)	
Datum	Unterschrift des D-/H-Arztes
	Stempel des D-/H-Arztes

Hinweis:

Für die Verordnung über die 2. Woche hinaus ist eine weitere Kostenübernahmeerklärung nicht erforderlich.

Ein EAP-Verfahren ist grundsätzlich auf 4 Wochen begrenzt. Sollte aus Sicht des verordnenden und behandelnden D-/H-Arztes das EAP-Verfahren im Einzelfall auf Grund der noch bestehenden Unfallfolgen dennoch fortgeführt werden müssen, ist dies vom verordnenden und behandelnden D-/H-Arzt gesondert im voraus zu begründen. Soweit der UV-Träger der Fortführung über die 4. Woche hinaus nicht widerspricht, kann die EAP weiterhin erbracht werden.

Verordnung zur Durchführung einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)		- Eigenbedarf -
Unfallversicherungsträger		Mit der Therapie darf erst begonnen werden, sobald die Kostenübernahme-Erklärung des UV-Trägers vorliegt. Diese Verordnung umfasst 2 Wochen. Zur Fortführung ist eine neue Verordnung des D-/H-Arztes notwendig. - Hinweis siehe Folgeseite -
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)		
Vollständige Anschrift des Versicherten		Die Durchführung der EAP ist in folgender zugelassener Einrichtung vorgesehen:
Unfalltag		
<p>Diagnose:</p> <p>OP-Datum: Art der operativen Versorgung: Ggf. bekannte Vorschäden o. Erkrankungen:</p> <p>Beigefügt ist: <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht</p> <p>* : Isolierte Krankengymnastik oder Physikalische Therapie ist grundsätzlich mit dem Vordruck F 2400 zu verordnen ** : Die Medizinische Trainingstherapie kann innerhalb der EAP auch isoliert verordnet werden</p>		
<p>Verordnung:</p> <p><input type="checkbox"/> Krankengymnastik * <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie * <input type="checkbox"/> Medizinische Trainingstherapie **</p>		
<p>Therapieziel: Steigerung von</p> <p><input type="checkbox"/> Beweglichkeit <input type="checkbox"/> Kraft <input type="checkbox"/> Koordination <input type="checkbox"/> Ausdauer</p> <p>Ziel (Neutral-0-Methode): Ziel: Ziel: Ziel:</p> <p><input type="checkbox"/> Andere (Art und Umfang angeben) Ziel:</p>		
<p>Therapiehinweise: (Limitierung von Bewegung und Belastung, besondere Beachtung von)</p>		
<p>Behandlungsbeginn:</p> <p><input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> am (Datum):</p>		
<p>Behandlungssequenz:</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche <input type="checkbox"/> 4 Tage/Woche <input type="checkbox"/> 6 Tage/Woche</p>		
<p>Arbeitsfähigkeit besteht während der EAP: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>		
<p>Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am: (spätestens 14 Tage nach Behandlungsbeginn)</p>		
Datum	Unterschrift des D-/H-Arztes	Stempel des D-/H-Arztes

Hinweis:

Für die Verordnung über die 2. Woche hinaus ist eine weitere Kostenübernahmeerklärung nicht erforderlich.

Ein EAP-Verfahren ist grundsätzlich auf 4 Wochen begrenzt. Sollte aus Sicht des verordnenden und behandelnden D-/H-Arztes das EAP-Verfahren im Einzelfall auf Grund der noch bestehenden Unfallfolgen dennoch fortgeführt werden müssen, ist dies vom verordnenden und behandelnden D-/H-Arzt gesondert im voraus zu begründen. Soweit der UV-Träger der Fortführung über die 4. Woche hinaus nicht widerspricht, kann die EAP weiterhin erbracht werden.

Verordnung zur Durchführung einer BGSW

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

Verteiler für Verordnung:
UV-Träger

Verteiler für Genehmigung:
BGSW-Klinik
Verordnender D-Arzt