

DGUV Landesverband Südwest, Postfach 10 14 80, 69004 Heidelberg

Durchgangssärztinnen und Durchgangssärzte
in Baden-Württemberg und im Saarland

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen: D 1.6.1/D18/Et-m
Ansprechpartner/in: Olaf Ernst
Telefon: +49 (6221) 510815200
Telefax: +49 (6221) 510815099
E-Mail: olaf.ernst@dguv.de

Datum: 20. September 2016

Rundschreiben D 15/2016

Verordnung von Physiotherapie und Ergotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Rundschreiben D 10/2016 vom 10.06.2016 haben wir Sie über die Aktualisierung der „Handlungsanleitung zur Verordnung, Durchführung und Qualitätssicherung der Physiotherapie/Krankengymnastik, EAP, BGSW und ABMR“ informiert.

Ergänzend hierzu bitten wir Sie zu beachten, dass eine Physiotherapie oder eine Ergotherapie immer nur für einen Zeitraum von längstens vier Wochen ab Ausstellungsdatum verordnet wird. Danach ist eine Kontrolluntersuchung durchzuführen und - soweit erforderlich - eine neue Verordnung auszustellen.

Bitte verordnen Sie nur so viele Behandlungen, wie unter Berücksichtigung Ihrer Vorgaben unter „Anzahl der Behandlungstage insgesamt“ und „Behandlungstage pro Woche“ vom Therapeuten innerhalb von vier Wochen erbracht werden können. Weiterhin ist es unbedingt erforderlich, dass die Anzahl der Behandlungstage pro Woche von Ihnen exakt vorgegeben wird. Eine Angabe wie z. B. „1 bis 3“ reicht als Vorgabe für den Therapeuten nicht aus und kann zu Abrechnungsproblemen führen.

Auf das beigefügte Beispiel weisen wir hin.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Frank Joho
Komm. Geschäftsstellenleiter

1 / 2

Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie

Unfallversicherungsträger		Sie dürfen Leistungen dieser Verordnung erbringen und abrechnen, wenn Sie die Regelungen der Vereinbarung zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennen. Insbesondere ist Voraussetzung, dass Sie die fachlichen Anforderungen erfüllen und die vereinbarten Gebühren akzeptieren. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch.	
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum		
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort		Diagnose	
Unfalltag			
1 Leistungsziffer (s. Folgeseite): Beispiel: Anzahl der Behandlungen insgesamt: 8 Behandlungstage pro Woche: 2	Leistungsziffer (s. Folgeseite): Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Leistungsziffer (s. Folgeseite): Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Leistungsziffer (s. Folgeseite): Anzahl der Behandlungen insgesamt: Behandlungstage pro Woche:
<p>Die Anzahl der Behandlungen insgesamt muss unter Berücksichtigung der Behandlungstage pro Woche innerhalb von vier Wochen erbracht werden können. Die Behandlungstage pro Woche sind exakt vorzugeben.</p> <p><small>Behandlungseinheiten und der Zeitintervalle zu begründen!</small></p>			
2 Nur a Die Behandlung notwendig für Tag (s. Folgeseite)	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag: Zeitintervalle pro Behandlungseinheit: Gründe:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag: Zeitintervalle pro Behandlungseinheit: Gründe:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag: Zeitintervalle pro Behandlungseinheit: Gründe:
3 Begründung für eine Weiterverordnung nach einer Behandlungszeit von 4 Wochen:			
4 Behandlungsbeginn am [] Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am [] (spätestens alle 28 Tage)	Stempel des D-Arztes		Datum Unterschrift des D-Arztes
<p>Bitte unbedingt angeben!</p> <p>Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite benutzen!</p>			
1) Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von 10 Minuten.			