



LVBG

Landesverband Nordwestdeutschland
der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Rundschreiben D 07/2005

An die
Damen und Herren
Durchgangsärzte und Chefärzte
der zugelassenen Krankenhäuser

06.12.2005
411/094 -LV 2 -

**Alle Rundschreiben unseres
Landesverbandes ab dem Jahr
2003 finden Sie im Internet unter
www.lvbg.de/rundschreiben**

Inhaltsübersicht

1. Neue Handlungsanleitung zur Verordnung, Durchführung und Qualitätssicherung der Krankengymnastik, Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP), Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) und sonstigen stationären Maßnahmen/Neue Vordrucke
2. Änderung der Vordruckbestellung mit Kostenregelung ab 1. Januar 2006
3. Angabe des Institutionskennzeichens
4. Information über neue D-Rundschreiben per E-Mail
5. Preis der Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken 2005 (Herbert-Lauterbach-Preis)

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

LV NWD D 07/2005 vom 06.12.2005
DOK-Nr.: 412.462:411.35

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 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.

2. Änderung der Vordruckbestellung mit Kostenregelung ab 1. Januar 2006

LV NWD D 07/2005 vom 06.12.2005
DOK-Nr.: 816.16-DALE-UV

Mit Rundschreiben D 04/2005 vom 02.05.2005 („Elektronischer Datenaustausch DALE-UV ersetzt die Formularberichterstattung“) hatten wir Sie u. a. darüber unterrichtet, dass **ab 1. Januar 2006 die herkömmlichen Papiervordrucke, für deren Verwendung wegen der Umstellung auf elektronische Übermittlung keine Veranlassung mehr besteht, von den Landesverbänden nicht mehr kostenlos zur Verfügung gestellt werden.**

Hierzu noch ein paar ergänzende Informationen:

1. Bestellungen der Arztvordrucke können Sie an eine der nachstehend aufgeführten Druckereien richten:

gzm
Grafisches Zentrum
Bödige & Partner GmbH
Dekan-Laist-Straße 38
55129 Mainz
Tel.: 0 61 31 / 5 80 4 - 0
Fax: 0 61 31 / 5 80 4 -15
E-Mail: email@gzm-mainz.de
Internet: www.gzm-mainz.de

Druckerei
D. Neveling
Karolingerstraße 108
40223 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 33 15 51
Fax: 02 11 / 33 39 92
E-Mail: d.neveling@t-online.de
Internet: www.druckerei-neveling.de

Kepnerdruck
Druckerei und Verlag GmbH
Robert-Bosch-Straße 5
75031 Eppingen
Tel.: 0 72 62 / 91 90 - 0
Fax: 0 72 62 / 91 90 - 99
E-Mail: kde@kepnerdruck.de
bzw. info@kepnerdruck.de
Internet: www.kepnerdruck.de

Druckerei
Fiedeler & Bayer GmbH
Am Hohen Ufer 3 A
30159 Hannover
Tel.: 05 11 / 3 04 05 - 0
Fax: 05 11 / 3 04 05 - 55
E-Mail: info@fiebay.de
Internet: www.fiebay.de

Bosch-Druck GmbH
Festplatzstraße 6
84030 Landshut
Tel.: 08 71 / 76 05 - 0
Fax: 08 71 / 76 05 - 60
E-Mail: info@bosch-druck.de
Internet: www.bosch-druck.de

Druckerei
Düringshofen, L.
Seesener Straße 57
10709 Berlin
Tel.: 0 30 / 8 91 20 05
Fax: 0 30 / 8 92 73 07
E-Mail: dueringshofen.druck@t-online.de

Für die Bestellung der Vordrucke können Sie das beiliegende Bestellformular verwenden. Sofern Sie bislang Sonderausführungen der Vordrucke (z.B. selbstdurchschreibendes Papier, Eindruck der Adressdaten/Bankverbindung) verwendet hatten, empfehlen wir Ihnen, mit der Druckerei zu klären, ob auch zukünftig diese Ausführungen zur Verfügung stehen. !

Bitte bedenken Sie bei der Festlegung des Bestellvolumens, dass die Übermittlung der Arztvordrucke in Papierform zum 1. Januar 2007 durch den elektronischen Datenaustausch ersetzt wird.

2. Die Kostenpflicht betrifft alle Arztformtexte im Durchgangsarztverfahren, ausgenommen

- F 2150 (Verordnung zur Durchführung der BGSW)
- F 2400 (Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalische Therapie)
- F 2410 (Verordnung zur Durchführung einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie)
- F 2902 (Überweisung des D-/H-Arztes)
- F 3110 (Belastungserprobung)
- F 3112 (Arbeitsplatzbeschreibung der/des Versicherten)
- F 4232 (Handskizze)
- F 6000 (Anzeige Verdacht Berufskrankheit).

Diese Vordrucke können Sie zusammen mit Ihrer sonstigen Vordruckbestellung ebenfalls über eine der vorgenannten Druckereien beziehen.

3. Durchgangsarzte, die **nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen**, erhalten den Rezeptvordruck bzw. das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) weiterhin **über den Landesverband**.
4. Selbstverständlich können Sie auch die Formtexte von der Website der Landesverbände (www.lvbg.de → Formtexte) als PDF-Dokument oder Word-Vorlage herunterladen.

Die bevorstehende neue Kostenregelung für Arztformtexte bitten wir nicht zum Anlass zu nehmen, nochmals in 2005 einen kompletten Jahresbedarf beim Landesverband zu bestellen. Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass bei uns nur noch kleinere Posten an Papiervordrucken vorgehalten werden und deshalb noch in diesem Jahr eingehende Bestellungen entsprechend dem tatsächlichen Bedarf ausgeliefert werden.

Abschließend noch ein Hinweis:

Für Ärzte/innen, die **noch im Jahr 2005 die Beteiligung an DALE-UV beantragen und bis 31. März 2006 die elektronische Berichtsübermittlung aufnehmen**, wird vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften ein einmaliger **Investitionskostenzuschuss in Höhe von 200,- €** gewährt.

3. Angabe des Institutskennzeichens

LV NWD D 07/2005 vom 06.12.2005
DOK-Nr.: 816.18

Aus gegebenem Anlass weisen wir darauf hin, dass die Abrechnung mit den Unfallversicherungsträgern erleichtert und damit beschleunigt wird, wenn auf den Arztberichten und Rechnungen das Institutskennzeichen (IK) angegeben ist.

4. Information über neue D-Rundschreiben per E-Mail

LV NWD D 07/2005 vom 06.12.2005
DOK-Nr.: 814.2-EDV

Mit Rundschreiben D 03/2004 vom 22.03.2004 (TOP 1) und D 02/2005 vom 18.01.2005 (TOP 4) hatten wir Sie über den Service informiert, zukünftig die Rundschreiben unseres Landesverbandes per E-Mail zu erhalten. Gleichzeitig hatten wir darauf hingewiesen, dass mittelfristig der Rundschreibenversand komplett elektronisch per E-Mail erfolgen soll.

Alle D-Rundschreiben ab 2003 werden von uns unter der Adresse

www.lvbq.de/rundschreiben

im Internet hintergelegt und sind dort auf Dauer einsehbar. Ein Download oder eine eigene Archivierung ist daher nicht erforderlich.

Wir beabsichtigen, künftig neue Rundschreiben nur noch im Internet zu hinterlegen und darüber per E-Mail zu informieren. Aus diesem Grund bitten wir Sie, das beigefügte Formular auszufüllen und an unseren Landesverband zurückzusenden.

5. Preis der Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken 2005 (Herbert-Lauterbach-Preis)

LV NWD D 07/2005 vom 06.12.2005
DOK-Nr.: 281-VBGK

Am 19. Oktober hat die Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken (VBGK) den Preis verliehen. Wir verweisen hierzu auf die Anlage.

Mit freundlichen Grüßen
Der Geschäftsführer
In Vertretung

Anlagen



Bannasch



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 überschreiten.

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

- Unverzügliche 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 | Stempel des D-/H-Arztes | | Datum |
| <input type="text"/> | | | |
| Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am | | | Unterschrift des D-/H-Arztes |
| <input type="text"/> | | | |
| (spätestens alle 14 Tage) | | | |
| Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite benutzen! | | | |
| ¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von 10 Minuten. | | | |

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.

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 | |
| 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: |
| | 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 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

Name und postalische Anschrift des Bestellers

Name

Straße

PLZ/Ort

Bitte unbedingt ausfüllen

An

Fiedeler & Bayer GmbH

Spezialdruckerei

Am Hohen Ufer 3 A

30159 Hannover

Tel.-Nr. 05 11 /304050

Fax-Nr. 05 11 /3040555

E-Mail: fiebay@fiebay.de

Ich bestelle an Vordrucken **gegen Gebühr**

Durchgangsarztverfahren/H-Arzt-Verfahren

| | |
|--|---|
| _____ F1000 (ohne Eindruck) | - Durchgangsarztbericht |
| _____ F1000 (mit Eindruck)* | |
| _____ F1000 SD-Papier (ohne Eindruck)* | |
| _____ F1000 SD-Papier (mit Eindruck)* | |
| _____ F2106 (ohne Eindruck) | - Nachschaubericht (nur im DA -Verfahren zu verwenden) |
| _____ F2106 (mit Eindruck)* | |
| _____ F2106 SD-Papier (ohne Eindruck)* | |
| _____ F2106 SD-Papier (mit Eindruck)* | |
| _____ F2100 | - Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung (D-Arzt) |
| _____ F1020 | - H-Arzt-Bericht |
| _____ F1020 SD-Papier (ohne Eindruck)* | |
| _____ F1020 SD-Papier (mit Eindruck)* | |
| _____ F2108 | - Verlaufsbericht H-Arzt |
| _____ F1002 | - Ergänzungsbericht Kopfverletzung |
| _____ F1004 | - Ergänzungsbericht Knie |
| _____ F1006 | - Ergänzungsbericht Stromunfall |
| _____ F1008 | - Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen |
| _____ F2222 (ohne Eindruck) | - Mitteilung D-/H-Arzt: Veränderungen bes. Heilbehandlung |
| _____ F2222 (mit Eindruck)* | |
| _____ F2222 SD-Papier (ohne Eindruck)* | |
| _____ F2222 SD-Papier (mit Eindruck)* | |

bitte wenden

*** Für den Eindruck der Adresse / Bankverbindung ist ein Muster beizufügen.**

Wichtig: Bei der Bestellung von Sonderformaten (Eindruck von Adresse/Bankverbindung und/oder selbst-durchschreibende Formulare) fallen zusätzliche Kosten an. Diese werden zusammen mit den eigentlichen Vordruckkosten von der Druckerei in Rechnung gestellt. Etwaige Mindestabnahmemengen bitten wir bei der Druckerei zu erfragen z. B. Firma Fiedeler & Bayer GmbH: bei Eindruck 500 Exemplare je Vordruck.)

Rechnungsvordrucke ambulante/stationäre Behandlung

| | |
|-----------------------------|------|
| _____ F9990 | - R1 |
| _____ F9990 (mit Eindruck)* | - R1 |
| _____ F9992 | - R2 |
| _____ F9992 (mit Eindruck)* | - R2 |
| _____ F9994 | - R3 |
| _____ F9994 (mit Eindruck)* | - R3 |

Die Bestellung folgender Vordrucke ist **kostenlos**:

Physiotherapie

| | |
|-------------|--|
| _____ F2400 | - Verordnung Krankengymnastik/Physikalische Therapie |
| _____ F2410 | - Verordnung EAP |

BGSW-Verfahren (Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung)

| | |
|-------------|--|
| _____ F2150 | - Verordnung zur Durchführung einer BGSW |
|-------------|--|

Berufskrankheiten

| | |
|-------------|---|
| _____ F6000 | - Anzeige Verdacht BK |
| _____ S6002 | - Erklärung Datenschutz bei Anzeige Verdacht BK |

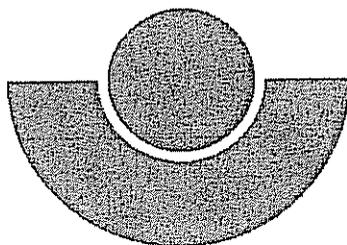
Sonstige Vordrucke

| | |
|-------------|--|
| _____ F2902 | - Überweisung des D-/H-Arztes |
| _____ F3110 | - Belastungserprobung |
| _____ F3112 | - Belastungserprobung - Arbeitsplatzbeschreibung |
| _____ F4232 | - Handskizze |

_____, den _____
Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt

*** Für den Eindruck der Adresse /Bankverbindung ist ein Muster beizufügen.**

Wichtig: Bei der Bestellung von Sonderformaten (Eindruck von Adresse/Bankverbindung und/oder selbstdurchschreibende Formulare) fallen zusätzliche Kosten an. Diese werden zusammen mit den eigentlichen Vordruckkosten von der Druckerei in Rechnung gestellt. Etwaige Mindestabnahmemengen bitten wir bei der Druckerei zu erfragen (z. B. Firma Fiedeler & Bayer GmbH: bei Eindruck 500 Exemplare je Vordruck.)



VBGK

Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken

**Preis der Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken 2005
(Herbert-Lauterbach-Preis)**

Der aus Anlass des 100-jährigen Bestehens der gesetzlichen Unfallversicherung gestiftete jährliche Preis der Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken – VBGK – für herausragende wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Unfallmedizin (Dotation 7.500 EUR) wurde im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung zum 1. Gemeinsamen Kongress Orthopädie und Unfallchirurgie am 19. Oktober 2005 in Berlin an

Herrn Dr. Nektarios Sinis
(Erstautor)
sowie

Herrn Prof. Dr. Hans-Eberhard Schaller
Frau Dr. Caterina Schulte-Eversum
Herrn Prof. Dr. Burkhard Schlosshauer
Herrn Dr. Michael Doser
Herrn Prof. Dr. Klaus Dietz
Herrn Prof. Dr. Harald Rösner
Herrn Prof. Dr. Hans-Werner Müller
Herrn PD Dr. Max Haerle

für die Arbeit

„Nervenregeneration entlang einer 2 cm langen Defektstrecke unter Verwendung einer bioartifiziellen Nervenleitschiene im N. medianus von Ratten“

verliehen.

Die Arbeit von Dr. Sinis beinhaltet in methodisch einwandfreier Weise experimentell die Entwicklung einer resorbierbaren Leitschiene zur Defektüberbrückung von Nerven. Dabei wird eine Polymer-Hohlrohre mit sog. Schwann'schen Zellen aufgefüllt. Im Tierversuch konnte nachgewiesen werden, dass sich unter diesen Bedingungen ein qualitativ gutes Nervenregenerat entwickelt, sowie sich kein funktionaler Unterschied zu herkömmlichen Nerveninterponaten finden ließ. Sollten sich diese Ergebnisse auf den Menschen übertragen lassen, würde dies einen Durchbruch in der Therapie verletzter peripherer Nervenstränge bedeuten.