



LVBG

Landesverband Südwestdeutschland  
der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Rundschreiben Nr. D 19/2005  
814.2 - LV 8  
(LVBG D 1.6.5)

69115 Heidelberg, 21.12.2005  
Kurfürsten-Anlage 62  
Telefon (0 62 21) 523-388

An die  
Durchgangsärzte und Chefarzte der zur Behandlung Schwerunfallverletzter  
zugelassenen Krankenhäuser

**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 Durchgangsarzt 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.

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 Firma Kepnerdruck, Druckerei + Verlag GmbH, Robert-Bosch-Str. 5, 75031 Eppingen, Telefon (07262) 91 90-0 anfordern können.**

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen



Thomas Köhler  
Stv. Geschäftsführer



**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
<b>1. Physiotherapeutische/krankengymnastische Behandlung - Physikalische Therapie</b>	
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
<b>2. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)</b>	
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
<b>3. Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)</b>	
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
<b>4.</b>	<b>Sonstige stationäre Maßnahmen</b>	<b>14</b>
	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

- 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 <a href="http://www.hvbg.de/d/pages/reha/verquet/index.html">http://www.hvbg.de/d/pages/reha/verquet/index.html</a> 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			
<b>1 Leistungsziffer</b> (s. Folgeseite):	<b>Leistungsziffer</b> (s. Folgeseite):	<b>Leistungsziffer</b> (s. Folgeseite):	<b>Leistungsziffer</b> (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:
<b>2 Nur auszufüllen bei Überschreiten der Regel-Zeitintervalle (siehe Folgeseite)</b>			
<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 Zeitintervalle<sup>1)</sup> 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:
<b>3 Begründung für eine Weiterverordnung nach einer Behandlungszeit von 4 Wochen:</b>			
<b>4 Behandlungsbeginn am</b>	<b>Stempel des D-/H-Arztes</b>		<b>Datum</b>
<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!			
<sup>1)</sup> Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von 10 Minuten.			

**Übersicht über Leistungsziffern, -beschreibungen und Zeitintervalle<sup>1)</sup> pro Behandlungseinheit**  
(bei allen Leistungen ist im Regelfall eine Behandlungseinheit pro Behandlungstag zu Grunde zu legen)

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

<sup>1)</sup> Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten.  
<sup>2)</sup> 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.

<b>Bestätigung der Leistungserbringung durch den Versicherten</b>			
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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:service@muenchen.lvbg.de)

<b>Verordnung</b> zur Durchführung einer <b>Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)</b> - 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	
<b>Diagnose:</b>	<b>Verordnung:</b>
	<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	
<b>Therapieziel:</b> 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:	
<b>Therapiehinweise:</b>	
(Limitierung von Bewegung und Belastung, besondere Beachtung von)	
<b>Behandlungsbeginn:</b>	
<input type="checkbox"/> sofort	<input type="checkbox"/> am (Datum):
<b>Behandlungssequenz:</b>	
<input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche	<input type="checkbox"/> 4 Tage/Woche
	<input type="checkbox"/> 6 Tage/Woche
<b>Arbeitsfähigkeit</b> besteht während der EAP: <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	
<b>Wiedervorstellung</b> zur Kontrolluntersuchung bei mir am:	
(spätestens 14 Tage nach Behandlungsbeginn)	
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift des D-/H-Arztes</b>
	<b>Stempel des D-/H-Arztes</b>

**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 <b>Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)</b> - 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	
<p><b>Diagnose:</b></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><b>Verordnung:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Krankengymnastik * <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie * <input type="checkbox"/> Medizinische Trainingstherapie **</p>	
<p><b>Therapieziel:</b> 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)</p> <p>Ziel:</p>	
<p><b>Therapiehinweise:</b> (Limitierung von Bewegung und Belastung, besondere Beachtung von)</p>	
<p><b>Behandlungsbeginn:</b></p> <p><input type="checkbox"/> sofort            <input type="checkbox"/> am (Datum):</p>	
<p><b>Behandlungssequenz:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche            <input type="checkbox"/> 4 Tage/Woche <input type="checkbox"/> 6 Tage/Woche</p>	
<p><b>Arbeitsfähigkeit</b> besteht während der EAP:            <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	
<p><b>Wiedervorstellung</b> 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.

<b>Verordnung</b> zur Durchführung einer <b>Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)</b> - <b>Eigenbedarf</b> -	
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 <span style="float: right;">Geburtsdatum</span>	
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	
<b>Diagnose:</b>  <b>Verordnung:</b> <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	
<b>Therapieziel:</b> 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:	
<b>Therapiehinweise:</b> (Limitierung von Bewegung und Belastung, besondere Beachtung von)	
<b>Behandlungsbeginn:</b> <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> am (Datum):	
<b>Behandlungssequenz:</b> <input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche <input type="checkbox"/> 4 Tage/Woche <input type="checkbox"/> 6 Tage/Woche	
<b>Arbeitsfähigkeit</b> besteht während der EAP: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Wiedervorstellung</b> zur Kontrolluntersuchung bei mir am: (spätestens 14 Tage nach Behandlungsbeginn)	
Datum	Unterschrift des D-/H-Arztes <span style="float: right;">Stempel des D-/H-Arztes</span>

**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.

**Abrechnung für Erweiterte Ambulante Physiotherapie**

EAP-Institut: \_\_\_\_\_ Name, Vorname d. Verletzten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Unfalltag: \_\_\_\_\_ Kooperationsarzt: \_\_\_\_\_

EAP-Verordnung erfolgte nicht durch D- oder H-Arzt  Kostenübernahme-Zusage durch UV-Träger liegt vor vom \_\_\_\_\_

Datum	Krankengymnastische Therapie		Physikalische Therapie		Medizinische Trainingstherapie		Tp * 1	Pb *2	Tests, Untersuchungen, Berichte			
	Dauer in Minuten	Unterschrift des Patienten	Dauer in Minuten	Unterschrift des Patienten	Dauer in Minuten	Unterschrift des Patienten			Erteilung u. Dokumentation d. Therapieplanes	Eingangs- u. Abschlusstests an isokinet. Geräten	Auswertung der Eingangs- u. Abschlusstests	
<b>Summe</b>												

\* 1: Erbrachte Leistungen der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie können pro Tag mit einer Tagespauschale (Höchstsatz) von 63,50 € abgerechnet werden.  
 \* 2: Werden Elemente der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie isoliert erbracht, können nur Einzelpauschalen in Höhe von 26,50 € für die Krankengymnastik, 18,50 € für die Physikalische Therapie und 18,50 € für die Medizinische Trainingstherapie abgerechnet werden.  
 Wenn 2 Elemente der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie erbracht werden, kann der sich aus der Addition der Pauschalbeiträge ergebende Gesamtbetrag abgerechnet werden.  
 Das Leistungs- und Gebührenverzeichnis findet bei Leistungserbringung in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Berlin (Ost) mit der Maßgabe Anwendung, dass auf die Gebühren für therapeutische Leistung ein Abschlag in der Höhe vorgenommen wird wie es die jeweils gültige Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorsieht.  
 Auf Gebühren für die Erstellung und Dokumentation des Therapieplanes sowie die Auswertung der Eingangs- und Abschlusstests wird kein Abschlag vorgenommen.

# Abrechnung für Erweiterte Ambulante Physiotherapie

Datum	Krankengymnastische Therapie		Physikalische Therapie		Medizinische Trainingstherapie		Tp * 1	Pb *2	Tests, Untersuchungen, Berichte
	Dauer in Minuten	Unterschrift des Patienten	Dauer in Minuten	Unterschrift des Patienten	Dauer in Minuten	Unterschrift des Patienten			
<b>Übertrag: Summe der Vorderseite</b>									
<b>Summe</b>									

\* 1: Erbrachte Leistungen der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie können pro Tag mit einer Tagespauschale (Höchstsatz) von 63,50 € abgerechnet werden.  
 \* 2: Werden Elemente der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie isoliert erbracht, können nur Einzelpauschalen in Höhe von 26,50 € für die Krankengymnastik, 18,50 € für die Physikalische Therapie und 18,50 € für die Medizinische Trainingstherapie abgerechnet werden.

Wenn 2 Elemente der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie erbracht werden, kann der sich aus der Addition der Pauschalbeträge ergebende Gesamtbetrag abgerechnet werden.

Das Leistungs- und Gebührenverzeichnis findet bei Leistungserbringung in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Berlin (Ost) mit der Maßgabe Anwendung, dass auf die Gebühren für therapeutische Leistung ein ein Abschlag in der Höhe vorgenommen wird wie es die jeweils gültige Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorsieht.  
 Auf Gebühren für die Erstellung und Dokumentation des Therapieplanes sowie die Auswertung der Eingangs- und Abschluss-tests wird kein Abschlag vorgenommen.

# 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:							
<b>Genehmigung</b>							
<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

# BGSW-Aufnahmebericht

Bitte sofort nach der Aufnahme zusammen mit der Anlage 1 (Tätigkeitsbeschreibung) an den UV-Träger senden.

Hierher überwiesen von:

Die Genehmigung des UV-Trägers zur Überweisung in die BGSW auf dem F 2150 liegt vor:

ja  nein

Unfallversicherungsträger			
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	
Beschäftigt als	Seit		
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Vollständige Anschrift des Versicherten		Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit
Geschlecht			
Unfalltag	Az. des UV-Trägers		
Behandlungsrelevante Diagnosen/Verletzungsfolgen (bitte genaue freitextliche Beschreibung): - falls abweichend vom F 2150 -			ICD 10
Vom o. g. Unfall unabhängige Erkrankungen/Vorschäden, die einen Einfluss auf den Heilverlauf nehmen: - falls abweichend vom F 2150 -			ICD 10
Relevante Funktions- und Fähigkeitsstörungen (nach ICD) zu Beginn der BGSW:			
Ist der Versicherte rehafähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil			
Therapieziele der BGSW-Klinik:			

Fügen Sie bitte zur Quantifizierung des Befundes ggf. Skalen und Messblätter bei.

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt, Ansprechpartner

Telefon-Durchwahl:

Datum

Unterschrift des Arztes

Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik

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

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## Tätigkeitsbeschreibung zum BGSW-Aufnahmebericht (Anlage 1)

Erlerner Beruf:

Vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit:

Wird inzwischen eine Rente vom RV-Träger bezogen?  ja  nein

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

### Art der Tätigkeit:

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

### Regelmäßige Arbeitszeit:

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

### Äußere Einflüsse:

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

### Sonstiges:

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

### Weitere spezifische Belastungen

Ich bestätige die Angaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten



# BGSW-Kurzbericht

Unfallversicherungsträger		Bitte zusammen mit der Anlage 1 (Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung) und der BGSW-Verordnung (F 2150) dem Versicherten für den D-Arzt mitgeben und unverzüglich an den Unfallversicherungsträger senden. Therapieplan F 2158 beifügen.				
Name, Vorname des Versicherten					Geburtsdatum	
Beschäftigt als	Seit					
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)						
Vollständige Anschrift des Versicherten			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	
Unfalltag	Az. des UV-Trägers					
Diagnosen:	ICD 10	Behandlungsergebnisse (insbesondere mit Bezug auf Funktions- und Fähigkeitsstörungen)				
Letzte Medikation und Applikationsform:						
Als arbeitsfähig entlassen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
<b>Vorschläge</b> (Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.)						
<input type="checkbox"/> Operation, stationär		<input type="checkbox"/> Operation, ambulant				
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung		<input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung				
<input type="checkbox"/> Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)		<input type="checkbox"/> Physikalische Behandlung		<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Neuropsychologie/Psychotherapie		<input type="checkbox"/> Logopädie		<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport		
<input type="checkbox"/> Einschaltung der Berufshilfe		<input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes/berufsfördernde Leistungen		<input type="checkbox"/> Belastungserprobung/Arbeitstherapie, stufenweise Wiedereingliederung		
<input type="checkbox"/> Kfz-Hilfe		<input type="checkbox"/> Wohnungshilfe		<input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung		
<input type="checkbox"/> Pflege		<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege		<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe		
<input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt/Klinik:						
<b>Angekreuztes ggf. erläutern</b>						

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ Entlassungsdatum: \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift des Arztes

Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik

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

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zum BGSW-Kurzbericht (Anlage 1)

### A. Letzte berufliche Tätigkeit

#### Prognose:

Der Versicherte wird nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation voraussichtlich wieder fähig sein, seine bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben.

- Ja, ohne wesentliche Einschränkungen (wettbewerbsfähig und auf Dauer)
- Ja, mit wesentlichen Einschränkungen (wie im Leistungsbild unter **B** beschrieben)
- Nein (Begründung muss aus dem Leistungsbild unter **B** hervorgehen)
- Noch nicht absehbar (Begründung erforderlich unter B.3)

### B. Positives und negatives Leistungsbild (bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt)

- Nur ausfüllen, falls unter A. die Nummern 2. oder 3. angekreuzt sind. -

#### 1. Positives Leistungsbild: Folgende Arbeiten können verrichtet werden:

körperliche Arbeitsschwere	<input type="checkbox"/> schwere	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte		
Arbeitshaltung	Im Stehen:	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	im Gehen:	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	im Sitzen:	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise

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

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

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

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

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

# BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht

Unfallversicherungsträger		Bitte ausführlichen Abschlussbericht an den D-Arzt und den Unfallversicherungsträger senden. Bitte fügen Sie eine Kopie des Therapieplans an den Unfallversicherungsträger bei.			
Name, Vorname des Versicherten					Geburtsdatum
Beschäftigt als	Seit				
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)					
Vollständige Anschrift des Versicherten		Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	
Unfalltag	Az. des UV-Trägers				
<p>Erwartet werden <b>behandlungsrelevante</b> Angaben zu folgenden Bereichen (soweit nicht bereits in Aufnahme- und Kurzbericht beschrieben):</p> <p>- Fügen Sie bitte zur Quantifizierung der Befunde Skalen und Messblätter bei. -</p> <p>1. Diagnosen:</p>					
<p>2. Kurze Anamnese:</p>					
<p>3. Aufnahme- und Abschlussbefund einschl. Messblätter und funktioneller Status:</p>					
<p>4. Kritische Würdigung des Gesamtverlaufs:</p>					
<p>5. Sozialmedizinische Epikrise und Nachsorgekonzept (soweit kein BGSW-Kurzbericht erstattet wurde, bitte Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung – Anlage 1 zum BGSW-Kurzbericht – beifügen):</p>					

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ Entlassungsdatum: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt, Ansprechpartner

Telefon-Durchwahl:

Datum

Unterschrift des Arztes

Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik

Gesamtgebühr für BGSW-Aufnahme-, BGSW-Kurz- und BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht nach UV-GOÄ Nr. 117

Rechnungsnummer	<b>Institutionskennzeichen (IK)</b>
	Falls kein IK - Bankverbindung -

**THERAPIE- UND DOKUMENTATIONSPLAN**

**BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE STATIONÄRE WEITERBEHANDLUNG (BGSW)**

**BGSW-KLINIK:** \_\_\_\_\_

Unfalltag: \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_ Belastung: \_\_\_\_\_

BGSW-Plan von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Ziel der BGSW: \_\_\_\_\_

Entlassung voraussichtlich am: \_\_\_\_\_

Entlassung bereits erfolgt am: \_\_\_\_\_ Besonderheiten: \_\_\_\_\_

verantwortlicher  
Therapeut: \_\_\_\_\_

Unterschrift des \_\_\_\_\_

Chefarztes: \_\_\_\_\_ Versicherter kann nach der BGSW voraussichtlich seine  
bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen:  ja  nein

(Datum)

(Unterschrift)

Pat.-Aufkleber

Behandlungstag (Datum): →														
Therapiemaßnahme:↓ (KTL)	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *
Unterschrift des Versicherten: (Ich bestätige die Therapie- maßnahmen und deren Dauer)														

\* Bitte Therapiedauer in Minuten angeben!  
 → Bitte Plan sofort nach Abschluss der 14-tägigen Behandlung dem zuständigen Unfallversicherungsträger übersenden! Für weitere Behandlung bitte neuen Plan verwenden!

**THERAPIE- UND DOKUMENTATIONSPLAN**

**BERUFGENOSSENSCHAFTLICHE STATIONÄRE WEITERBEHANDLUNG (BGSW)**

**BGSW-KLINIK:** \_\_\_\_\_

Unfalltag: \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_ Belastung: \_\_\_\_\_

BGSW-Plan von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Ziel der BGSW: \_\_\_\_\_

Entlassung voraussichtlich am: \_\_\_\_\_

Entlassung bereits erfolgt am: \_\_\_\_\_ Besonderheiten: \_\_\_\_\_

verantwortlicher  
Therapeut: \_\_\_\_\_

Unterschrift des \_\_\_\_\_  
Chefarztes: \_\_\_\_\_ (Datum) (Unterschrift)

Versicherter kann nach der BGSW voraussichtlich seine  
bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen:  ja  nein

Pat.-Aufkleber

Behandlungstag (Datum): →														
Therapiemaßnahme:↓ (KTL)	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *
Unterschrift des Versicherten: (Ich bestätige die Therapie- maßnahmen und deren Dauer)														

- \* Bitte Therapiedauer in Minuten angeben!
- ➔ Bitte Plan sofort nach Abschluss der 14-tägigen Behandlung dem zuständigen Unfallversicherungsträger übersenden! Für weitere Behandlung bitte neuen Plan verwenden!

Ihr Unfall vom

## **Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)**

Sehr geehrte ,

die von Ihrem behandelnden Durchgangsarzt beantragte BGSW wurde von uns genehmigt. Sie findet statt in der BGSW-Klinik .

Informationen zu Beginn und Dauer der BGSW erhalten Sie von Ihrem behandelnden Durchgangsarzt und der BGSW-Klinik.

Mit freundlichen Grüßen