

# Handlungsanleitung

**zur Verordnung, Durchführung und Qualitätssicherung der**

- **Physiotherapie/Krankengymnastik - Physikalischen Therapie**
- **Ergotherapie**
- **Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)**
- **Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW)**
- **Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskelettalen Rehabilitation (ABMR)**

**(Stand: 01.01.2021)**

## Inhaltsverzeichnis

<b>TEIL</b>		
<b>TEIL A</b>	<b>PHYSIOTHERAPEUTISCHE/KRANKENGYMNASTISCHE BEHANDLUNG.....</b>	<b>5</b>
1.	BEHANDLUNGSZIEL .....	5
2.	AUSSTELLEN DER VERORDNUNG.....	5
3.	AUFGABEN DES THERAPEUTEN (PRAXISINHABERS).....	6
5.	WO KÖNNEN DIE VERORDNUNGSBLÄTTER BEZOGEN WERDEN? .....	6
<b>TEIL B</b>	<b>ERGOTHERAPIE.....</b>	<b>8</b>
1.	BEHANDLUNGSZIEL .....	8
2.	AUSSTELLEN DER VERORDNUNG.....	8
3.	AUFGABEN DES THERAPEUTEN (PRAXISINHABERS).....	9
4.	AUFGABEN DES UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGERS.....	9
5.	WO KÖNNEN DIE VERORDNUNGSBLÄTTER BEZOGEN WERDEN? .....	9
<b>TEIL C</b>	<b>ERWEITERTE AMBULANTE PHYSIOTHERAPIE (EAP).....</b>	<b>11</b>
1.	BEHANDLUNGSINHALT/DOKUMENTATION.....	11
2.	INDIKATIONEN.....	11
3.	LEISTUNGSUMFANG .....	12
4.	AUSSTELLEN DER VERORDNUNG.....	12
5.	KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG .....	13
7.	AUFGABEN DES UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGERS.....	14
8.	WO KÖNNEN DIE VERORDNUNGSBLÄTTER BEZOGEN WERDEN? .....	14
<b>TEIL D</b>	<b>BERUFGENOSSENSCHAFTLICHE STATIONÄRE WEITERBEHANDLUNG (BGSW).....</b>	<b>16</b>
1.	DEFINITION.....	16
2.	INDIKATIONEN.....	16
3.	BEHANDLUNGSINHALT.....	16
4.	LEISTUNGSUMFANG .....	17
4.1	<i>Therapeutische Maßnahmen.....</i>	<i>17</i>
4.2	<i>Arbeitsbezogene Maßnahmen.....</i>	<i>17</i>
5.	AUSSTELLEN DER VERORDNUNG.....	18
6.	GENEHMIGUNG .....	18
6.1	<i>Erstverordnung.....</i>	<i>18</i>
6.2	<i>Verlängerungsantrag.....</i>	<i>19</i>
7.	AUFGABEN DER BGSW-KLINIK.....	19
8.	AUFGABEN DES UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGERS.....	20
9.	WO KÖNNEN DIE VERORDNUNGSBLÄTTER BEZOGEN WERDEN? .....	20
<b>TEIL E</b>	<b>ARBEITSPLATZBEZOGENE MUSKULOSKELETTALE REHABILITATION (ABMR).....</b>	<b>21</b>
1.	DEFINITION.....	22
2.	THERAPIEZIELE.....	22
3.	INDIKATIONEN.....	22
4.	THERAPIEELEMENTE .....	22
5.	VORAUSSETZUNG UND THERAPIEGRUNDSÄTZE .....	23
6.	ABLAUF UND BEHANDLUNGSINHALT .....	23
7.	VERFAHREN.....	24
8.	BERICHTSWESEN .....	24
9.	QUALITÄTSSICHERUNG .....	25

<b>Verordnungen und Formtexte</b>		<b>Seite</b>
<b>Anlage 1</b>		
	„Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie“ (F 2400)	26
<b>Anlage 2</b>		
	„Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie“ (F 2402)	28
<b>Anlage 3</b>		
3.1	„Verordnung EAP“ - Erstes Ordnungsblatt für die EAP-Einrichtung (F 2410)  Hinweis: Das zweite Ordnungsblatt (für den UV-Träger) und das dritte Ordnungsblatt (für den Eigenbedarf) sind Durchschriften. Diese Blätter sind nicht beigefügt.	30
3.2	„Abrechnung für Erweiterte Ambulante Physiotherapie“ (F 2414)	32
<b>Anlage 4</b>		
4.1	„Verordnung zur Durchführung einer BGSW“ (F 2150)	34
4.2	„BGSW-Aufnahmebericht“ (F 2152)	35
4.3	„BGSW-Kurzbericht“ (F 2156)	37
4.4	„BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht“ (F 2160)	39
4.5	„BGSW-Therapie- und Dokumentationsplan“ (F 2158)	40
4.6	„BGSW-Benachrichtigung des Versicherten“ (V 2152)	41
<b>Anlage 5</b>		
5.1	„Verordnung zur Durchführung einer ABMR“ (F 2162)	42
5.2	„ABMR-Aufnahmebericht“ (F 2164)	43
5.3	„ABMR-Abschlussbericht“ (F 2166)	45

Der D-Arzt, der Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger oder der hinzugezogene Arzt nach § 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger bezieht die Formulare vom jeweils regional zuständigen Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Andere Ärzte erhalten die Ordnungsblätter mit dem Einzelbehandlungsauftrag nur vom zuständigen Unfallversicherungsträger.

Kontaktdaten der Landesverbände:

<http://www.dguv.de/de/Berufsgenossenschaften-Unfallkassen-Landesverbände/Landesverbände/index.jsp>

**Physiotherapeutische/Krankengymnastische  
Behandlung - Physikalische Therapie**

**- Teil A -**

## Teil A Physiotherapeutische/Krankengymnastische Behandlung - Physikalische Therapie

### 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.

### 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
- Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
- hinzugezogene Arzt nach § 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

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

Bei einer vorhergehenden Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) ist auch der verantwortliche Arzt der BGSW-Einrichtung zur einleitenden Verordnung der physiotherapeutischen/krankengymnastischen Behandlung – physikalischen Therapie – berechtigt, sofern die Therapie nicht in der eigenen Einrichtung durchgeführt wird.

*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 weitest gehenden Wiederherstellung zu erwarten ist oder einer drohenden Verschlimmerung vorgebeugt werden kann. Eine Verordnung umfasst längstens 4 Wochen (die Frist beginnt ab Verordnungsdatum). 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.

### **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
- unverzüglicher Beginn (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) der Behandlung gemäß ärztlicher Verordnung
- inhaltliche und zeitliche Einhaltung der Leistungserbringung nach der Verordnung
- Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen und Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen

### **4. Aufgaben des Unfallversicherungsträgers**

- Steuerung des Heilverfahrens
- Qualitätssicherung
- Unverzügliche Bezahlung gemäß den Vorgaben der Rahmenvereinbarung mit den Verbänden der Physiotherapeuten

### **5. Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?**

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

Kontaktdaten der Landesverbände:

<https://www.dguv.de/landesverbaende>

# **Ergotherapie**

## **- Teil B -**

## Teil B Ergotherapie

### 1. Behandlungsziel

Im Rahmen der Rehabilitation nach Versicherungsfällen (Arbeitsunfällen/ Berufskrankheiten) kommt eine ergotherapeutische Behandlung zur Therapie von Störungen der motorischen, sensomotorischen und perzeptiven Funktionen und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen in Betracht. Ergotherapie kann weiter erbracht werden zur Therapie von neuropsychologischen Hirnfunktionsstörungen, insbesondere kognitiven Störungen sowie zur Therapie von arbeitsspezifischen Fähigkeitsstörungen und Störungen der psychosozialen Funktionen.

### 2. Ausstellen der Verordnung

Die ergotherapeutische Behandlung wird auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht, die von einem von den Unfallversicherungsträgern hierzu bevollmächtigten Arzt ausgestellt wurde.

*Wer verordnet?*

Nur der

- D-Arzt
- Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
- hinzugezogene Arzt nach § 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

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

Bei einer vorhergehenden Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) ist auch der verantwortliche Arzt der BGSW-Einrichtung zur einleitenden Verordnung der Ergotherapie berechtigt, sofern die Therapie nicht in der eigenen Einrichtung durchgeführt wird.

*Wie wird verordnet?*

Mit Vordruck gemäß Anlage 2 „Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie“ (F 2402)

*Für welchen Zeitraum wird verordnet?*

Solange ein erkennbarer, messbarer Funktionsgewinn zur völligen oder weitestgehenden Wiederherstellung zu erwarten ist oder einer drohenden Verschlimmerung vorgebeugt werden kann. Eine Verordnung umfasst längstens 4 Wochen (die Frist beginnt ab Verordnungsdatum). 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 Leistungen der Ergotherapie abzuschließen sind,
- eine EAP, BGSW oder ABMR indiziert ist oder
- eine andere medizinische Maßnahme, ggf. welche, notwendig sein könnte.



### 3. Aufgaben des Therapeuten (Praxisinhabers)

- Erklärung, dass mit der Annahme des Vordrucks „Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie“ die vertraglichen Regelungen zwischen dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) und den Verbänden der Unfallversicherungsträger anerkannt, insbesondere, dass die fachlichen Anforderungen erfüllt und die vereinbarten Gebühren akzeptiert werden
- unverzüglicher Beginn (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) der Behandlung gemäß ärztlicher Verordnung
- inhaltliche und zeitliche Einhaltung der Leistungserbringung nach der Verordnung
- Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen und Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen

### 4. Aufgaben des Unfallversicherungsträgers

- Steuerung des Heilverfahrens
- Qualitätssicherung
- Unverzügliche Bezahlung gemäß den Vorgaben der Rahmenvereinbarung mit dem DVE

### 5. Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?

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

Kontaktdaten der Landesverbände:

<https://www.dguv.de/landesverbaende>

#### 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 15 Minuten**. Soweit der verordnende **Arzt keine gesonderten Angaben macht**, gilt das **Regelzeitintervall** der Leistungsbeschreibung Ergotherapie.
- Will der **Arzt mehr als eine Behandlungseinheit pro Behandlungstag** und/oder über das **Regelzeitintervall hinaus Leistungen der Ergotherapie** verordnen, ist eine **entsprechende Begründung** erforderlich. Hierbei reicht die **alleinige Angabe der Diagnose** nicht aus.
- Leistungen nach **Ziff. 11.5 und 11.6** der Leistungsbeschreibung (**Arbeits-therapie/betriebliches Arbeitstraining und Beratung zur Integration in das berufliche und soziale Umfeld**) werden nur nach **ausdrücklicher Genehmigung** durch den zuständigen Unfallversicherungsträger durchgeführt. Diese von einem Ergotherapeuten isoliert zu erbringenden Leistungen sind **abzugrenzen** von der **Komplexleistung der ABMR**.
- Eine **ergotherapeutische Funktionsanalyse** (Ziff. 12.1 der Leistungsbeschreibung) ist nur bei **Behandlungsbeginn** im Rahmen der ersten Verordnung **einmal zusätzlich ohne gesonderte ärztliche Verordnung** durchführbar und **abrechenbar**. Diese Leistung ist **außerhalb der Behandlungszeit** zu erbringen. Eine **erneute Abrechnung** ist erst nach einem **behandlungsfreien Intervall von 3 Monaten** möglich.

## **Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)**

### **- Teil C -**

## Teil C Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)

### 1. Behandlungsinhalt/Dokumentation

Für spezielle Verletzungen/Berufskrankheiten kann eine EAP in beteiligten Therapieeinrichtungen erforderlich werden. Kern der Therapie sind die Behandlungselemente der physikalischen Therapie:

- Physiotherapie/Krankengymnastik
- medizinische Trainingstherapie
- Elektrotherapie
- Hydrotherapie und Thermotherapie
- Mechanotherapie (z.B. Manuelle Lymphdrainage und Massage)
- Ergotherapie (auch in Kooperation, nach Möglichkeit in den Räumen der EAP-Einrichtung durchzuführen; eine separate Verordnung ist erforderlich, vgl. 3., Teil C)

Die verschiedenen Behandlungselemente sind kombiniert einzusetzen. Ergänzend dazu kommen im Bedarfsfall

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

zur Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit in Betracht. Die Therapie ist auf den baldigen Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit hin auszurichten.

Zu Beginn, im Verlauf und zum Abschluss wird in der Einrichtung der Befund erhoben und dokumentiert.

### 2. Indikationen

Die EAP kommt vorwiegend zur Beseitigung von besonders schweren Störungen

- der Körperfunktionen und -strukturen sowie
- Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe

bei Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates in Betracht.

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

Eine EAP kommt überwiegend in Betracht 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

### 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.

Orientierende Richtwerte für den Therapieplan sollten sein:

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

Im Einzelfall ist der Therapieplan befundbezogen anzupassen.

Im Bedarfsfall wird Ergotherapie ergänzend verordnet und abgerechnet.

### 4. Ausstellen der Verordnung

*Wer verordnet und zu welchem Zeitpunkt?*

Der

- D-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.

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

*Wie wird verordnet?*

- Mit dem Vordruck gemäß Anlage 3.1 - 3.3 „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 Fortschritt hinsichtlich der funktionalen Gesundheit zu verzeichnen ist oder einer drohenden Verschlimmerung vorgebeugt werden kann:

- für 14 Tage ab Behandlungsbeginn, danach Kontrolluntersuchung; ggf. neue Verordnung für weitere 14 Tage (**eine erneute Kostenübernahmeerklärung ist entbehrlich; siehe 5., Teil C**)

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

- die EAP abzuschließen ist,
- eine BGSW indiziert ist oder
- eine ABMR 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 oder der 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.

In Ausnahmefällen kann eine weiterführende Verordnung von physikalischen Therapiemaßnahmen erforderlich sein.

Die Medizinische Trainingstherapie (MTT) kann auch als alleinige Therapieform, jedoch nur mit einer EAP-Verordnung erfolgen. **Die Genehmigung der isolierten MTT durch den UV-Träger ist nicht erforderlich.**

## **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.

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

Folgeverordnungen bedürfen keiner weiteren 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.

## **6. Aufgaben der Einrichtung**

- Befundaufnahme und Dokumentation zu Beginn, im Verlauf und zum Ende der Therapie
- unverzügliche Durchführung der Therapie gemäß ärztlicher Verordnung nach Vorlage der Kostenübernahmeerklärung des Unfallversicherungsträgers (**spätestens innerhalb einer Woche nach Genehmigung**)
- Einhaltung des Leistungsumfangs nach 3, Teil C, der Handlungsanleitung

- Vorstellung der Versicherten zur 14-tägigen Kontrolluntersuchung nach Beginn der Behandlung beim verordnenden Arzt
- Abrechnung gemäß EAP-Gebührenverzeichnis
- Übersendung des Vordrucks F2414 „Abrechnung für Erweiterte Ambulante Therapie“ (Anlage 3.4) an den Unfallversicherungsträger mit der Abrechnung
- Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen und Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen
- Durchführung einer bedarfsabhängigen, regelmäßigen Fallkonferenz mit dem Unfallversicherungsträger

## **7. Aufgaben des Unfallversicherungsträgers**

- Steuerung des Heilverfahrens
- Prüfung der Kostenübernahme nach 5, Teil C
- Qualitätssicherung
- Unverzögliche Rechnungsbegleichung, spätestens innerhalb von vier Wochen

## **8. Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?**

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

Kontaktdaten der Landesverbände:

<https://www.dguv.de/landesverbaende>

**Berufsgenossenschaftliche Stationäre  
Weiterbehandlung (BGSW)**

**- Teil D -**

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

### **1. Definition**

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

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

### **2. Indikationen**

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

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

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

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

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

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

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

### **3. Behandlungsinhalt**

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

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

den Gesundheitszustand zu verbessern oder einer Verschlimmerung entgegenzuwirken. Die verschiedenen Behandlungselemente sind kombiniert einzusetzen. Ergänzend dazu kommen im Bedarfsfall



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

zur Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit in Betracht.

Zusätzlich beinhaltet die BGSW für Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems

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

## **4. Leistungsumfang**

### **4.1 Therapeutische Maßnahmen**

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

Orientierende Richtwerte für den Therapieplan sollten sein:

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

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

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

### **4.2 Arbeitsbezogene Maßnahmen**

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

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

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

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

## 5. Ausstellen der Verordnung

*Wer verordnet und zu welchem Zeitpunkt?*

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

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

*Wie wird verordnet?*

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

*Für welchen Zeitraum wird verordnet?*

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

- grundsätzlich für längstens 4 Wochen

### **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.

## 6. Genehmigung

### 6.1 Erstverordnung

Der Unfallversicherungsträger entscheidet innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der Verordnung über die Anerkennung oder Ablehnung der BGSW. Die Information erfolgt jeweils gegenüber dem verordnenden Arzt, dem Versicherten und der BGSW-Klinik.

Antwortet der Unfallversicherungsträger dem verordnenden Arzt nicht innerhalb von 24 Stunden, gilt die BGSW als genehmigt. In diesem Fall informiert der verordnende Arzt darüber schriftlich die BGSW-Klinik und sendet ihr ausnahmsweise direkt die Verordnung zu. Wochenenden und Feiertage verlängern diese Frist.

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

## 6.2 Verlängerungsantrag

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

## 7. Aufgaben der BGSW-Klinik

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

## **8. Aufgaben des Unfallversicherungsträgers**

- Durchführung des Genehmigungsverfahrens nach 6., Teil D; Benachrichtigung des Versicherten mit Vordruck V 2152 (Anlage 4.6)
- Auswahl der BGSW-Klinik in Abhängigkeit vom Verletzungsmuster und der Begleitfaktoren
- Qualitätssicherung
- Bezahlung der Rechnungen nach vollständiger Vorlage der Berichte (Kurzbericht, Abschlussbericht, Therapie- und Dokumentationsplan)

## **9. Wo können die Verordnungsblätter bezogen werden?**

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

<https://www.dguv.de/landesverbaende>

# **Arbeitsplatzbezogene Muskuloskelettale Rehabilitation (ABMR)**

**- Teil E -**

## **Teil E Arbeitsplatzbezogene Muskuloskelettale Rehabilitation (ABMR)**

### **1. Definition**

Die ABMR (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskelettale Rehabilitation) ist eine erweiterte Standardmaßnahme, bei der konkret benötigte arbeitsrelevante Aktivitäten in die Therapie integriert werden. Mittels arbeits-, ergo-, trainings- und physiotherapeutischer Interventionen und auf Grundlage ärztlicher Beurteilung soll das Therapieziel (die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit) erreicht werden.

### **2. Therapieziele**

Mittels einer spezifischen Arbeitsorientierung soll eine ausreichende funktionelle Belastbarkeit erreicht werden.

Primäres Therapieziel ist das Erreichen der Arbeitsfähigkeit i. S. einer vollschichtigen Rückkehr an den (bisherigen) Arbeitsplatz. In besonderen Einzelfällen (z. B. bei körperlich stark belastenden Tätigkeiten oder komplexen Verletzungsmustern) kann auch das Erreichen der ausreichenden Belastbarkeit für die Durchführung einer Arbeits- und Belastungserprobung (ABE) das Therapieziel darstellen. Die arbeitsplatzbezogene Belastbarkeit muss dabei mindestens vier Stunden betragen.

Können beide Ziele nicht erreicht werden, hat die ABMR-Einrichtung den Umfang der arbeitsplatzbezogenen Belastbarkeit dennoch im ABMR-Abschlussbericht (F 2166) zu dokumentieren. Dabei sind auch die konkreten funktionellen Einschränkungen und evtl. notwendige Therapie- und Hilfsmittlempfehlungen anzugeben.

### **3. Indikationen**

Die ABMR ist insbesondere indiziert nach Verletzungen von

- Menschen, die körperlich schwer tätig sind
- Menschen mit spezifischen körperlichen Arbeitsbelastungen (z. B. einseitig monoton und/oder koordinativ beanspruchende Tätigkeiten) im Bereich der verletzten Körperregion

und, wenn zusätzlich zu den Therapieelementen der EAP oder BGSW konkrete arbeitsplatzbezogene Therapieinhalte notwendig sind, um die oben genannten Therapieziele zu erreichen.

Besonders bei Fällen des Reha-Managements oder in Fällen, in denen eine ABE indiziert wäre, aber nicht durchgeführt werden kann, sollte eine ABMR in Erwägung gezogen werden.

### **4. Therapieelemente**

Zu den Therapieelementen der ABMR zählen zusätzlich zu den Behandlungsinhalten der EAP und BGSW folgende arbeitsplatzbezogene Therapieelemente:

- Ergotherapie mit Schwerpunkt Arbeitstherapie
- arbeitsplatzbezogene medizinische Trainingstherapie
- Arbeitssimulationstraining (z. B. an Kulissenarbeitsplätzen)
- das optional durchgeführte Praxistraining

Bei diesen Therapieelementen setzen die Rehabilitanden die physischen Behandlungsergebnisse aus den vorangegangenen Therapien in Übungen um, die den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit entsprechen.

## 5. Voraussetzung und Therapiegrundsätze

Die ABMR setzt eine ausreichende medizinische Grundbelastbarkeit (von mindestens 3 Stunden) für die Ausführung der körperlich beanspruchenden Therapiebestandteile voraus.

Die Therapie beschränkt sich nicht nur auf die verletzte Struktur, sondern berücksichtigt die arbeitsplatzbezogene Beanspruchung des gesamten Körpers. Ggf. wird durch Erlernen und Einüben von geeigneten Bewegungsabläufen ein verbleibendes Defizit kompensiert und so eine optimale Leistungsfähigkeit erreicht.

## 6. Ablauf und Behandlungsinhalt

### 1. Vorbereitung der Therapie:

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

### 2. Durchführung der Therapie:

Die therapeutischen Maßnahmen sind gemäß Vorgabe des für die ABMR qualifizierten Arztes und je nach Indikationen und/oder Leistungszustand des Versicherten mindestens an 5 Tagen pro Woche durchzuführen. Zu Beginn liegt die tägliche Therapiedauer bei mindestens 3 Stunden und wird mit zunehmender Dauer und unter ständiger ärztlicher Verantwortung in Abstimmung mit den beteiligten Therapeuten kontinuierlich bis zum Erreichen der definierten Therapieziele gesteigert.

### 3. Praxistraining:

Teile der ABMR können als Praxistraining unter realen Arbeitsbedingungen durchgeführt werden. Hierbei soll insbesondere das Training unter Berücksichtigung der qualitativen Arbeitsanforderungen stattfinden. Voraussetzung ist eine arbeitsplatzbezogene Belastbarkeit des Versicherten von mindestens 2 Stunden.

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

4. Anforderungen für das Praxistraining:

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

5. Abschluss der Therapie:

Mit Beendigung der Behandlung erfolgt ein Abschlusstest und erneuter Abgleich zwischen dem Tätigkeits- und dem aktuellen Fähigkeitsprofil. Das Therapieergebnis ist, einschließlich einer Einschätzung zur Zielerreichung (möglichst Arbeitsfähigkeit), zu dokumentieren (F 2166).

## 7. Verfahren

Sobald die Notwendigkeit arbeitsplatzbezogener Therapieinhalte abgesehen werden kann, sollten auch die herkömmlichen therapeutischen Maßnahmen bereits in einer zur ABMR zugelassenen Einrichtung erfolgen, um einen nahtlosen Übergang in die arbeitsplatzbezogene Therapie zu ermöglichen.

Liegt eine medizinische Grundbelastbarkeit von mindestens 3 Stunden vor oder ist diese absehbar und der Durchgangsarzt oder der für die ABMR qualifizierte Arzt der Einrichtung hält eine ABMR für erforderlich, wird diese mit dem Formtext F 2162 verordnet und an den UV-Träger übermittelt.

Die Therapie darf erst mit vorheriger Zustimmung des UV-Trägers begonnen werden. Die Verordnung umfasst den vorgeschlagenen Zeitraum, längstens aber vier Wochen.

Der UV-Träger entscheidet innerhalb von 3 Tagen nach Eingang der Erstverordnung über die Anerkennung oder Ablehnung der ABMR. Wochenenden und Feiertage verlängern diese Frist. Ggf. leitet der UV-Träger in Fällen, in denen eine ABMR als erweiterte Standardmaßnahme nicht ausreichend ist, eine stationäre TOR (Tätigkeitsorientierte Rehabilitation) in einer BG Klinik ein. Die Information erfolgt jeweils gegenüber dem verordnenden Arzt, dem Versicherten und der Reha-Einrichtung.

Ist das definierte Therapieziel mit der vorgesehenen Therapiedauer nicht erreicht worden, kann die Maßnahme um 2 Wochen (Gesamtdauer maximal 6 Wochen) verlängert werden. Voraussetzung ist, dass seine Verbesserung der arbeitsplatzbezogenen Belastbarkeit in der Therapie eingetreten ist und das Therapieziel durch die Verlängerung erreicht werden kann.

Eine Verlängerung über 4 Wochen hinaus ist dem UV-Träger eine Woche vor Ablauf der genehmigten Therapiedauer mit der Verordnung F 2162 anzuzeigen. In diesem Fall ist eine erneute vorherige Zustimmung des UV-Trägers erforderlich.

Die maximale Dauer der ABMR beträgt 6 Wochen. Ist nach dieser Zeit das Therapieziel nicht erreicht worden, ist die ABMR zu beenden und die weiteren Schritte sind möglichst in einer Fallkonferenz abzusprechen.

## 8. Berichtswesen

Die ABMR-Einrichtung erstattet dem UV-Träger und dem D-Arzt zu Beginn der Maßnahme einen Aufnahmebericht (F 2164).

Am Ende der ABMR-Maßnahme wird ein Abschlussbericht (F 2166) erstellt und an den UV-Träger und den D-Arzt gesandt.



Die Formtexte erhält die ABMR-Einrichtung als PDF-Datei beim zuständigen Landesverband der DGUV (Muster s. Anlagen).

Kontaktdaten der Landesverbände:

<https://www.dguv.de/landesverbaende>

## **9. Qualitätssicherung:**

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

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

## Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie

Unfallversicherungsträger		Sie dürfen Leistungen dieser Verordnung erbringen und abrechnen, wenn Sie die Regelungen der Vereinbarung zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennen. Insbesondere ist Voraussetzung, dass Sie die fachlichen Anforderungen erfüllen und die vereinbarten Gebühren akzeptieren. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch.	
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum		
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort		Diagnose	
Unfalltag			
<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>			
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!			
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> <input type="text"/> Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am <input type="text"/> (spätestens alle 28 Tage)		Stempel des D-Arzt(e)s	Datum  Unterschrift des D-Arzt(e)s
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)

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

<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.

Bestätigung der Leistungserbringung durch den Versicherten			
Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum
Unterschrift Therapeut
Stempel Therapeutische Praxis

# Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie

Unfallversicherungsträger		Sie dürfen Leistungen dieser Verordnung erbringen und abrechnen, wenn Sie die Regelungen der Vereinbarung zwischen ergotherapeutischem Berufsverband und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennen. Insbesondere ist Voraussetzung, dass Sie die fachlichen Anforderungen erfüllen und die vereinbarten Gebühren akzeptieren. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch.	
Name, Vorname 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):  Anzahl der Behandlungen insgesamt:  Behandlungstage pro Woche:	<b>Leistungsziffer</b> (s. Folgeseite):  Anzahl der Behandlungen insgesamt:  Behandlungstage pro Woche:	<b>Leistungsziffer</b> (s. Folgeseite):  Anzahl der Behandlungen insgesamt:  Behandlungstage pro Woche:	<b>Leistungsziffer</b> (s. Folgeseite):  Anzahl der Behandlungen insgesamt:  Behandlungstage pro Woche:
<b>2 Nur auszufüllen bei Überschreiten der Regel-Zeitintervalle (siehe Folgeseite)</b>			
Die Behandlungszeiten ergeben sich aus der gültigen „Leistungsbeschreibung Ergotherapie für die gesetzliche Unfallversicherung“. 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!			
Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:  Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:  Gründe:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:  Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:  Gründe:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:  Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:  Gründe:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:  Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:  Gründe:
<b>3 Begründung für eine Weiterverordnung nach einer Behandlungszeit von 4 Wochen:</b>			
<b>4 Behandlungsbeginn am</b> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> (spätestens alle 28 Tage)		Stempel des D-Arztes/Handchirurgen	Datum  Unterschrift des D-Arztes/Handchirurgen
Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite benutzen!			
<sup>1)</sup> Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von 15 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)

<p><b>11.1</b> Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p><b>11.2</b> Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/-perzeptiven Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p><b>11.3</b> Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p><b>11.4</b> Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 5</i></p> <p><b>11.5</b> Arbeitstherapie/betriebliches Arbeitstraining (in enger Kooperation und nur nach Genehmigung durch UV-Träger; hierzu nimmt Ergotherapeut mit UV-Träger Kontakt auf) <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p><b>11.6</b> Beratung zur Integration in das berufliche und soziale Umfeld (außerhalb der ergotherapeutischen Praxis - in enger Kooperation und nur nach Genehmigung durch UV-Träger; hierzu nimmt Ergotherapeut mit UV-Träger Kontakt auf) <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p>	<p><b>12.2</b> Thermische Anwendungen - Wärme oder Kälte</p> <p><b>12.3</b> Ergotherapeutische temporäre Schiene (bei Schienen über 150 EUR ist ein Kostenvoranschlag erforderlich)</p> <p><b>12.5</b> Ärztlich verordneter Hausbesuch</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>1)</sup> Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 15 Minuten. Die notwendige Vor- und Nachbereitung ist Bestandteil der Behandlungszeit.

Eine ergotherapeutische Gruppenbehandlung kann erst erfolgen, wenn dieser eine ergotherapeutische Befunderhebung im Rahmen einer Einzelbehandlung vorausging, bei der auch die Zuordnung zur entsprechenden Gruppe erfolgt. Nach bereits erfolgter Einzelbehandlung werden in Absprache mit dem verordnenden Arzt Gruppenbehandlungen ohne nochmalige Befunderhebung durchgeführt.

<b>Bestätigung der Leistungserbringung durch den Versicherten</b>			
Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum
Unterschrift Therapeut
Stempel Therapeutische Praxis

<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-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:      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-Arztes	Stempel des D-Arztes

MUSTER

**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-Arztes das EAP-Verfahren im Einzelfall auf Grund der noch bestehenden Unfallfolgen dennoch fortgeführt werden müssen, ist dies vom verordnenden und behandelnden D-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)**

EAP-Institut: \_\_\_\_\_ Name, Vorname der versicherten Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Unfalltag: \_\_\_\_\_ Kooperationsärztin/  
Kooperationsarzt: \_\_\_\_\_

EAP-Verordnung erfolgte nicht durch D-Ärztin/D-Arzt  
bzw. Handchirurgin/Handchirurg

Kostenübernahme-Zusage durch UV-Träger liegt vor vom \_\_\_\_\_

Datum	Krankengymnastische Therapie		Physikalische Therapie		Medizinische Trainingstherapie		Tagespauschale *1	Pauschalbeträge *2	Test, Untersuchungen, Berichte		
	Dauer in Minuten	Unterschrift der versicherten Person	Dauer in Minuten	Unterschrift der versicherten Person	Dauer in Minuten	Unterschrift der versicherten Person			Erstellung u. Dokumentation Therapieplan	Eingangs- u. Abschlusstests an Isokineti. Geräten	Auswertung der Eingangs- u. Abschlusstests
Summe											

\* 1: Erbrachte Leistungen der EAP können pro Tag mit einer Tagespauschale (Höchstsatz) abgerechnet werden. Der Betrag ist dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis zu entnehmen.  
\* 2: Werden Elemente der EAP isoliert erbracht, können nur die sich aus dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis ergebenden Einzelpauschalen abgerechnet werden.  
Werden zwei Elemente der EAP erbracht, kann der sich aus der Addition der Pauschalbeträge ergebende Gesamtbetrag abgerechnet 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						
<b>Diagnosen:</b>							
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 ICF) zu Beginn der BGSW:  Ist der Versicherte rehafähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil  Therapieziele der BGSW-Klinik:			

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

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

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

Behandelnder Arzt, Ansprechpartner

Telefon-Durchwahl:

Datum

Unterschrift des Arztes

Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik

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

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

**Tätigkeitsbeschreibung zum BGSW-Aufnahmebericht (Anlage 1)**

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

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

**Art der Tätigkeit:**

- |                                                             |                                                            |                                                                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ständig stehend                    | <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Erfordernis von Schwindelfreiheit  |
| <input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz             | <input type="checkbox"/> andere Zwangshaltungen            | <input checked="" 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"/> angestregtes Sehen (Feinarbeit) | <input checked="" type="checkbox"/> Hitze                | <input type="checkbox"/> belästigende Rauchentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien                | <input type="checkbox"/> Zugluft                         | <input type="checkbox"/> belästigende Gase oder Dämpfe |
| <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt | <input checked="" 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.

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

### B. Positives und negatives Leistungsbild (bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt) - Nur ausfüllen, falls unter A. die Nummern 2. oder 3. angekreuzt sind. -

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

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

<input type="checkbox"/>	<b>geistig/psychische Belastbarkeit</b> (Zu beachten sind insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge.)
<input type="checkbox"/>	<b>Sinnesorgane</b> (Zu beachten sind insbesondere Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen.)
<input type="checkbox"/>	<b>Bewegungs-/Haltungsapparat</b> (Zu beachten sind insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standunsicherheit, Zwangshaltungen.)
<input type="checkbox"/>	<b>Gefährdungs- und Belastungsfaktoren</b> (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			
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 (IBAN und BIC) -

**THERAPIE- UND DOKUMENTATIONSPLAN**

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

**BERUFGENOSSENSCHAFTLICHE STATIONÄRE WEITERBEHANDLUNG (BGSW)**

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!



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

## Verordnung zur Durchführung einer Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskelettalen Rehabilitation oder Tätigkeitsorientierten Rehabilitation (ABMR/TOR)

Unfallversicherungsträger (UV-Träger)		Die Therapie darf erst mit Genehmigung des UV-Trägers begonnen werden. Diese Verordnung umfasst den vorgeschlagenen Zeitraum, längstens aber vier Wochen. Eine Verlängerung ist spätestens eine Woche vor Ablauf der Maßnahme dem UV-Träger anzuzeigen. Eine Gesamttherapiedauer von sechs Wochen darf nicht überschritten werden.
Name, Vorname der versicherten Person		
Geburtsdatum		
Beschäftigt als	Seit	
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift Arbeitgeber/-in, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen)		
Vollständige Anschrift der versicherten Person		Telefon-Nr. der versicherten Person
Unfalltag	Az. des UV-Trägers	
Diagnosen, die diese Rehabilitationsmaßnahme begründen:		
1.		
2.		
3.		
4.		
Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für diese Rehabilitation relevant sein können:		
Therapiehinweise:		
<input type="checkbox"/> Orthopädietechnische Versorgung/Schuhversorgung ist abgeschlossen		
<input type="checkbox"/> Sprachbarriere, Muttersprache:		
<input type="checkbox"/> Sonstiges		
Voraussichtliche Therapiedauer unter Beachtung der Therapieziele:		
<input type="checkbox"/> 4 Wochen <input type="checkbox"/> 2 Wochen		
Soweit die Rehabilitationsmaßnahme stationär durchgeführt werden sollte, bitte begründen:		
Beginn der Rehabilitationsmaßnahme:		
<input type="checkbox"/> Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Ausstellung der Verordnung).		
<input type="checkbox"/> Am _____, weil _____		
Wiedervorstellung bei mir am:		
Vorgeschlagene Einrichtung für die Rehabilitationsmaßnahme:		
Hinweise für den UV-Träger:		
Datum	Name und Anschrift der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes	Unterschrift
<b>Genehmigung (durch UV-Träger)</b>		
<input type="checkbox"/> Ja, ABMR ambulant		Beigefügt sind:
<input type="checkbox"/> Ja, ABMR stationär		
<input type="checkbox"/> Ja, ABMR aber andere Einrichtung:		<input type="checkbox"/> Tätigkeitsprofil
<input type="checkbox"/> Ja, TOR in BG-Klinik		<input type="checkbox"/> Reha-Plan
<input type="checkbox"/> Nein, Information (an versicherte Person, verordnende/n Ärztin/Arzt, Therapieeinrichtung) folgt		<input type="checkbox"/> Vorbefunde
Datum	Unterschrift der Sachbearbeitung	Anschrift/Stempel des UV-Trägers

**Verteiler für Verordnung:**  
UV-Träger

**Verteiler für Genehmigung:**  
ABMR/TOR-Einrichtung  
Verordnende/r Ärztin/Arzt

# ABMR-Aufnahmebericht (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation)

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

Beginn der ABMR:

## Funktionelles Arbeitsplatzanforderungsprofil (maximale Anforderung am Arbeitsplatz)

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

## Patientenfähigkeitsprofil (aktuelle Leistungsfähigkeit des Versicherten)

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

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

ja     nein, weil

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

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

ja  nein

Falls ja, weitere Bemerkungen:

### Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit

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

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

**Hinweis:**

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

**Bemerkungen:**

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Behandelnder Arzt, Ansprechpartner

Telefon-Durchwahl:

Datum

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten

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

## ABMR-Abschlussbericht (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation)

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

Abschluss der ABMR:

### Funktionelles Arbeitsplatzanforderungsprofil

(maximale Anforderung am Arbeitsplatz)

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

### Patientenfähigkeitsprofil

(aktuelle Leistungsfähigkeit des Versicherten)

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

Arbeitsfähigkeit wird erreicht:  ja, ab

nein

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

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

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

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

Behandelnder Arzt, Ansprechpartner

Telefon-Durchwahl:

Datum

Unterschrift des Arztes

Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik

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

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

MUSTER