

An die Damen und Herren
Durchgangsärzte,
Chefärzte der am stationären berufsge-
nossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren beteilig-
ten Krankenhäuser (unfallchirurg., chirurg., neu-
rochirurg., kinderchirurg. und orthopädischen Ab-
teilungen),
Verwaltungsdirektoren der beteiligten Kranken-
häuser

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen: Ze/tg
Ansprechpartner: Herr Ziche
Telefon: 030 / 85 105 - 5223
Fax: 030 / 85 105 - 5225
E-Mail: lv-nordost@dguv.de

Datum: 2. Juli 2013

Rundschreiben D 10/2013

Verordnung von Krankengymnastik und Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage

Sehr geehrte Damen und Herren,

aus aktuellem Anlass weisen wir darauf hin, dass die Behandlung nach den **Ziffern 8102 und 8103** nach Auffassung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung **neurogen bedingten Bewegungsstörungen** vorbehalten sind. Diese Behandlung ist insbesondere bei zentral (cerebral, cerebellär) und peripher bedingten Bewegungsstörungen (z. B. nach SHT, Querschnitt, Plexuslähmungen) angezeigt.

Die Durchführung der Behandlung setzt eine Zusatzqualifikation des Therapeuten (z. B. Bobath, Vojta, PNF) voraus.

Die **Ziffer 8101** stellt die **Regelversorgung** dar, bei welcher auch neurophysiologische Techniken eingesetzt werden. Dies ist z. B. bei verletzungs-/ oder op-bedingt aktiv noch nicht zu beübenden Strukturen häufig indiziert.

Sofern die üblichen zwei Zeitintervalle nicht ausreichend erscheinen, kann eine Steigerung vorgenommen werden. Diese muss allerdings auf dem Verordnungsformular (F2400, s. Anlage) begründet werden.

Die Leistungsbeschreibung der einzelnen Ziffern können Sie auf der Internetseite <http://www.dguv.de/inhalt/rehabilitation/verguetung/index.jsp> unter „Physiotherapeuten“ einsehen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Ziche
Stellv. Geschäftsstellenleiter

Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie

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

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

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

¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten.

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

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

Bestätigung der Leistungserbringung durch den Versicherten				Datum
Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift	Unterschrift Therapeut
				Stempel Therapeutische Praxis