

Rundschreiben Nr. D 3/08
Dok.-Nr. 412.461

Mainz, 10.03.2008

An die
beteiligten Durchgangsarzte

Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie
DOK-Nr.: 412.461

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zusammenhang mit der Verordnung von Krankengymnastik ist es zu Problemen gekommen, die einer Klarstellung bedürfen. Das Verordnungsformular F 2400 (siehe Anlage) sieht eine Unterscheidung der Verordnung für Krankengymnastik (Ziffer 8101) und Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Ziffer 8102/8103) vor.

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

Sofern die üblichen zwei Zeitintervalle nicht ausreichend erscheinen, kann auf der Verordnung mit entsprechender Begründung eine höhere Behandlungsintensität durch weitere Zeitintervalle vorgegeben werden.

Die Ziffern 8102 und 8103 sind **neurogen bedingten** Bewegungsstörungen vorbehalten und sollten nur bei zentralen, aber durchaus auch bei peripheren Nervenschäden (z. B. SHT, Querschnitt, Plexusläsion) verordnet werden. Die Abrechnung dieser Ziffern setzt eine Zusatzqualifikation des Therapeuten (z. B. Bobath, Vojta, PNF) voraus.

Aus gegebenem Anlass weisen wir außerdem darauf hin, dass die gerätegestützte Krankengymnastik nicht mit dem Verordnungsformular F 2400 zu Lasten der Unfallversicherungsträger verordnet werden kann. Es besteht die Möglichkeit, mit der EAP-Verordnung (F 2410) die medizinische Trainingstherapie innerhalb der EAP isoliert zu verordnen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Anlage


Hans-Jürgen Wirthl
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.hvbg.de/d/pages/reha/verquet/index.html verfügbar.	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort		Diagnose	
Unfalltag			
1 Leistungsziffer (s. Folgeseite): Anzahl der Behandlungen insgesamt: Behandlungstage pro Woche:	Leistungsziffer (s. Folgeseite): Anzahl der Behandlungen insgesamt: Behandlungstage pro Woche:	Leistungsziffer (s. Folgeseite): Anzahl der Behandlungen insgesamt: Behandlungstage pro Woche:	Leistungsziffer (s. Folgeseite): Anzahl der Behandlungen insgesamt: Behandlungstage pro Woche:
2 Nur auszufüllen bei Überschreiten der Regel-Zeitintervalle (siehe Folgeseite)			
Die Behandlungszeiten ergeben sich aus dem gültigen Leistungsverzeichnis. Soweit medizinisch notwendig für einzelne Leistungsziffern die vorgegebenen Behandlungseinheiten oder Zeitintervalle ¹⁾ 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:
3 Begründung für eine Weiterverordnung nach einer Behandlungszeit von 4 Wochen:			
4 Behandlungsbeginn am <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (spätestens alle 14 Tage)		Stempel des D-/H-Arztes	Datum Unterschrift des D-/H-Arztes
Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite benutzen!			
¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von 10 Minuten.			

Muster

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⁾ Warpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8204 (9204)²⁾ Warpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung eines Körperabschnittes (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8205 (9205)²⁾ Warpackung 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 (Komresse, Eisbeutel, Pelolde, Eisteilbad) <i>Regel-Zeitintervalle: 1</i></p> <p>8207 (9207)²⁾ Apparative Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperteilen (Kaltgas, Kallifun)</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