



Rundschreiben Nr. D 11 und H 10/2003
814.2 - LV 8
(LVBG D 41/D 91)

69115 Heidelberg, 21.11.2003
Kurfürsten-Anlage 62
Telefon (0 62 21) 52 30

An die
Durchgangsärzte,
Chefärzte der zur Behandlung Schwerunfallverletzter zugelassenen Krankenhäuser
und H-Ärzte

Überarbeitung / Neufassung einzelner Formtexte zum 1. Januar 2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum 1. Januar 2004 werden - in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung - verschiedene Arzttexte in modifizierter Form bzw. neue Arzttexte in Kraft treten.

Mit dieser Neufassung sollen

- ein zielgerichtetes Reha-Management durch die Unfallversicherungsträger unterstützt,
- Änderungsvorschläge des Verbandes der für BGen tätigen Ärzte umgesetzt,
- Anregungen / Hinweisen aus der ärztlichen Praxis Rechnung getragen

werden.

Mitte des Jahres wurden ca. 200 Systemhäuser für Arztpraxissoftware über die geplanten Änderungen unterrichtet, so dass rechtzeitig zum Jahreswechsel Updates zur Verfügung stehen.

Die neuen Vordrucke können Sie kostenlos bei der Kepnerdruck Druckerei + Verlag GmbH, Postfach 10 02 62, 75021 Eppingen, Telefon 07262/91900, beziehen.

Darüber hinaus sind die Berichte wie bislang im Word- oder PDF-Format über die Website der Landesverbände (www.lvbq.de, Rubrik „Formtexte“) abrufbar.

Auch wenn die geänderten bzw. neuen Berichtstexte zum 1. Januar 2004 in Kraft treten, bedeutet dies jedoch nicht, dass die bisherigen Arztberichte ab diesem Zeitpunkt nicht mehr verwendet werden dürfen. **Eventuell noch vorhandene Vordruckbestände sollen zunächst aufgebraucht werden.**

...

Die wesentlichen Neuerungen im Durchgangsarzt-/H-Arztbericht sind nachstehend kurz dargestellt. Ferner sind diejenigen Arzttexte aufgelistet, die neu hinzugekommen bzw. in denen inhaltliche Änderungen vorgenommen wurden.

- **F 1000 Durchgangsarztbericht / F 1020 H-Arzt-Bericht**
 - Neues Feld „Telefon-Nummer des Unfallbetriebes“
 - Neues Feld „Ende der Arbeitszeit“
 - Bisheriges Feld „Unfallort“ entfällt; wird nunmehr in Feld „Angaben des Versicherten ...“ erfasst.
 - Vergrößerung des Feldes „Befund“
 - Abfrage der „Erstdiagnose“ (anstelle „Diagnose“)
 - Tabellarische Abfrage zur ICD 10, ICPM und der AO-Klassifikation
 - Neues Feld „Besteht konkreter Anlass dazu, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird“
 - Neue Felder „Art der Heilbehandlung“ und „Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit“ (anstelle der bisherigen Felder 11 - 15)
 - Neues Feld „Verletzung nach Verletzungsartenverzeichnis“
 - Neues Feld „Konsiliarärzte“
 - Bezugszeile am oberen Rand der Folgeseite bei mehrseitigen Berichtstexten
- **F 1004 Ergänzungsbericht Knie**
- **F 1008 Ergänzungsbericht Schwere Verbrennungen**
- **F 1010 (alt) Ergänzungsbericht Hand** - entfällt ersatzlos
- **F 1010 Handchirurgischer Erstbericht** für nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte / Unfallversicherungsträger beteiligte Handchirurgen, die **nicht Durchgangsarzt oder H-Arzt (!)** sind
- **F 2100 Zwischenbericht** (bei besonderer Heilbehandlung)
- **F 2106 Nachschaubericht**
- **F 2108 Verlaufsbericht H-Arzt**
- **F 2222 Mitteilung des D- oder H-Arztes: Veränderungen der besonderen Heilbehandlung**
- **F 2410 Verordnung zur Durchführung der EAP**
- **F 2902 Überweisung des D-/H-Arztes**

Weitergehende Informationen bzw. Erläuterungen finden Sie in der Anlage zu diesem Schreiben.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Erwin Radek

Geschäftsführer

Hinweise / Erläuterungen zu den neuen Formtexten, gültig ab 1. Januar 2004

F 1000 Durchgangsarztbericht / F 1020 H-Arzt-Bericht

Das **Layout** der sog. Erstberichte (D-Bericht und H-Bericht) wurde in der überarbeiteten Fassung in der Weise beibehalten, dass alle wesentlichen Angaben auf einer Formularseite zusammen gefasst sind. Dies soll eine möglichst einfache Handhabung beim Ausfüllen der Texte und die Überschaubarkeit für die Sachbearbeitung bei den UV-Trägern unterstützen.

Bei mehrseitigen Berichtstexten wurde am oberen Rand der **Folgeseite eine Bezugszeile** für den Eintrag des Namens und des Geburtsdatums des Versicherten sowie des Unfalltages und der laufenden Nummer des Berichts eingefügt. Dies ermöglicht insbesondere bei denjenigen Ärzten, die das Blanko-Ausdruckverfahren nutzen, eine leichtere Zuordnung, wenn Folgeseiten von der ersten Seite getrennt werden.

Einzelne Felder im Kopf der Erstberichte wurden aktuellen Bedürfnissen der Unfallsachbearbeitung angepasst. Die Angabe der **Telefonnummer des Unfallbetriebes** erleichtert und beschleunigt Rückfragen zur Klärung der Zuständigkeit. Zusätzlich aufgenommen wurde das **Ende der Arbeitszeit**, da dies gerade im Zusammenhang mit der Prüfung des Versicherungsschutzes bei Wegeunfällen Bedeutung erlangen kann.

Die Abfrage des Unfallortes wurde in das bisherige Feld "Unfallhergang und Beschäftigung, bei der der Unfall eingetreten ist" integriert. Das Feld 2 trägt nun die Überschrift **Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist**. Diese Zusammenfassung soll künftig konkretere Angaben im Hinblick auf die Prüfung des Versicherungsschutzes bewirken. Bitte machen Sie stets möglichst **ausführliche Angaben**.

Das Feld **Befund** wurde vergrößert, um gerade bei schwereren Verletzungen ausreichend Platz für Eintragungen zur Verfügung zu stellen. Die Frage nach dem Verdacht auf Alkoholeinfluss wurde um Angaben zu **Drogen- und Medikamenteneinfluss** erweitert.

Im bisherigen Feld "Diagnose" wird nun nach der **Erstdiagnose** gefragt. Ein Klammerzusatz macht darauf aufmerksam, dass Änderungen und Konkretisierungen unverzüglich nachzumelden sind. Bitte tragen Sie hier auch weiterhin unbedingt einen möglichst verständlich formulierten Text und nicht den z.B. aus dem ICD abgeleiteten Verschlüsselungstext ein.

Am rechten Textrand wurde eine tabellarische Abfrage zum **ICD 10, ICPM und der AO-Klassifikation** eingefügt. Hierbei handelt es sich zurzeit noch nicht um sog. Pflichtfelder. Die Angaben sollen jedoch zukünftig bessere statistische Auswertungsmöglichkeiten im Hinblick auf Qualität und Kosten des Heilverfahrens ermöglichen. Soweit Sie heute schon in der Lage sind, entsprechende Einträge vorzunehmen, bitten wir, dies auch zu tun. Das gilt insbesondere für die Angaben zur AO-Klassifikation bei Frakturen der langen Röhrenknochen.

Eine möglichst exakte Klassifikation erlaubt in der Regel eine Beurteilung der vom jeweiligen Schweregrad abhängigen Therapiemaßnahmen und bietet zu dem die Möglichkeit einer gezielten Steuerung des Heilverfahrens. Außerdem lassen sich gezielte Maßnahmen zur Validierung der Ergebnisqualität einschließlich der Laufzeiten der Heilverfahren und der entstandenen Kosten durchführen.

Sprechen nach Beurteilung des Arztes **Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls** (Feld 10), so ist dem Versicherten auch weiterhin eine Kopie des Berichtes auszuhandigen und keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen. In der elektronischen Textversion wird beim Ankreuzen des Feldes „ja“ automatisch eine zusätzliche Kopie des Berichtes ausgedruckt.

Eine wesentliche Neuerung stellt die zusätzlich eingefügte Frage in Feld 11 dar. Hier wird danach gefragt, ob und aus welchem Grund **konkreter Anlass dazu besteht, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten** wird. Dies eröffnet für die Verwaltungen die Möglichkeit, bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt auch von besonderen Umständen zu erfahren, die außerhalb des medizinischen Fachgebiets z. B. in der Person des Versicherten, seiner sozialen Integration oder beruflichen Situation begründet sein können, und eröffnet dem UV-Träger die Gelegenheit, frühzeitig steuernd und beratend im Hinblick auf das Rehabilitationsziel tätig zu werden. Hierzu ist nicht immer ein persönlicher Besuch erforderlich, vielmehr dürfte in der Regel eine telefonische Kontaktaufnahme ausreichend sein. Auch, wenn der Versicherte selbst den Wunsch äußert mit dem UV-Träger in Kontakt zu treten, kann hier ein entsprechend begründeter Hinweis gegeben werden.

Die bisherigen Felder 11 bis 15, die Angaben über die Art der Behandlung und zur Frage der Arbeitsfähigkeit beinhalteten, wurden oft nicht oder unvollständig ausgefüllt. Sie werden ersetzt durch die neuen Felder 12 **Art der Heilbehandlung** und 13 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit**. Durch die eindeutige Textgestaltung werden Sie durch das Formular geführt.

Der *Durchgangsarzt* ist aufgefordert anzugeben, ob die allgemeine Heilbehandlung - was der Regelfall sein wird - durch einen anderen Arzt (z.B. Hausarzt) erfolgt oder durch ihn selbst. Im Falle der besonderen Heilbehandlung gibt der Durchgangsarzt mittels eindeutiger Ankreuzvarianten an, ob die Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird. Er ist außerdem aufgefordert anzugeben, ob eine Verletzung nach dem **Verletzungsartenverzeichnis** vorliegt und wenn ja, nach **welcher Ziffer**. Wenn eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorliegt, muss der Verletzte in der Regel einem zugelassenen Krankenhaus zugeleitet werden. Dem Sachbearbeiter des UV-Trägers erleichtert dieser Hinweis ggf. Maßnahmen zur Verlegung in die Wege zu leiten. Die Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses ist unter Feld 16 anzugeben.

Der *H-Arzt* kann besondere Heilbehandlung nur dann einleiten und durchführen, wenn eine Verletzung nach § 35 des Vertrages Ärzte/UV-Träger gegeben ist. Der Katalog ist - wie bereits bisher - auf Seite 2 des Berichtsformulars abgedruckt. Im neuen Berichtsformular wird der H-Arzt aufgefordert anzugeben, **welche Verletzung dieses Kataloges** vorliegt und ob die Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird. Wie der Durchgangsarzt, muss auch der H-Arzt angeben, ob eine **Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis** vorliegt und ggf. nach **welcher Ziffer**. In diesem Fall besteht auch für den H-Arzt in der Regel die Verpflichtung, den Verletzten unmittelbar an ein am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus zu überweisen.

In Feld 13 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit** ist eine eindeutige Aussage darüber zu treffen, ob der Versicherte arbeitsfähig oder ab welchem Datum er arbeitsunfähig ist. Vor dem Hintergrund des Rehabilitationsziels muss außerdem bewusst bereits zu diesem frühen Zeitpunkt eine **Prognose** abgegeben werden, ab wann voraussichtlich wieder Arbeitsfähigkeit eintreten wird. Dieser Hinweis dient zum einen dem Sachbearbeiter des UV-Trägers im Rahmen der ihm obliegenden Pflichten bei der Steuerung des Heilverfahrens. Auch dem in der allgemeinen Heilbehandlung weiter behandelnden Hausarzt bietet der Hinweis des Durchgangsarztes einen Anhaltspunkt für die eigene Beurteilung und die Führung des Verletzten im Heilverfahren. Deshalb ist hier ein konkretes Datum einzutragen. Der Hinweis hat für den Hausarzt empfehlenden Charakter und stellt damit keinen Eingriff in dessen Therapiefreiheit dar.

Für die im Verhältnis geringe Anzahl der Fälle, in denen tatsächlich eine langfristige Arbeitsunfähigkeit abzusehen ist, oder mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht mehr gerechnet werden kann, wurde der Durchgangsarztbericht um eine weitere Ankreuzvariante „voraussichtlich länger als 6 Monate Arbeitsunfähigkeit“ ergänzt.

In Feld 14 werden Angaben über **Konsiliarärzte**, die zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung hinzugezogen werden, abgefragt.

Im Falle der allgemeinen Heilbehandlung und Durchführung der weiteren Behandlung durch z. B. den Hausarzt trägt der Durchgangsarzt in Feld 15 den **Nachschaftermin** ein. Während der Durchgangsarzt bisher nur zur Durchführung einer Nachschau bei bestehender Arbeitsunfähigkeit aufgefordert war, wird nun **auch auf die bestehende Behandlungsbedürftigkeit** abgestellt. Der Termin ist selbstverständlich dem Versicherten bekannt zu geben.

Seite 2 enthält neben der oben beschriebenen Bezugszeile die Möglichkeit, weitere ergänzende Ausführungen anzubringen. Außerdem findet sich dort ein Hinweis auf die ggf. dem Erstbericht beizufügenden Ergänzungsberichte sowie die Mitteilung des Durchgangsarztes an den behandelnden Arzt.

Der Rechnungsbereich auf Seite 2 des Durchgangsarztberichtes wurde um einige zusätzliche Zeilen erweitert. Außerdem wurde die Schriftgröße 12 gewählt, um die Möglichkeit der maschinellen Auslesbarkeit bei den UV-Trägern zu unterstützen. Bei der elektronischen Fassung erfolgt die Addition der eingetragenen Euro-Beträge automatisch. Nach Verlassen des Feldes "Porto" wird die Gesamtsumme ausgewiesen.

F 1004 Ergänzungsbericht Knie

Unter Nr. 7.16 wurde die Abfrage nach der BSG durch den CRP-Wert ersetzt. Dem Wandel in der Diagnostik folgend wird unter den in Ziffer 1 beispielhaft aufgeführten diagnostischen Maßnahmen an erster Stelle die Kernspintomographie aufgeführt. Die Arthroskopie wird an zweiter Stelle genannt. Daraus ist jedoch keinesfalls der Schluss zu ziehen, dass in jedem Fall und zu Beginn aller Maßnahmen ein Kernspintogramm angefertigt werden sollte. Es wird lediglich die Möglichkeit einer solchen Untersuchung für den Fall angeregt, dass weitere Maßnahmen zur Befunderhebung bzw. Diagnosestellung erforderlich sind.

F 1008 Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen

Der Berichtstext wurde um den sog. **ABSI-Score** erweitert, der es ermöglicht, eine Überlebensprognose zu ermitteln. Die Einbeziehung von Geschlecht, Alter und Verletzungsmuster führt über eine bestimmte Punktzahl zur prozentualen Sterbewahrscheinlichkeit. Der Score vermittelt damit nicht nur für die weitere Behandlung, sondern auch für die Sachbearbeitung wichtige Informationen, die dadurch besser als bisher in die Lage versetzt wird, bei Bedarf zu einem frühen Zeitpunkt steuernd in das Heilverfahren einzugreifen und z. B. Verlegungen in die Wege zu leiten, wenn ein Versicherter mit einer entsprechend schweren Verletzung nicht unmittelbar in ein Verbrennungszentrum eingeliefert wird.

Auf die Abfrage zur Körperoberfläche bei erstgradigen Verbrennungen wird künftig verzichtet. Dafür wurde eine Spalte für **viertgradige Verbrennungen** (= Verkohlung) aufgenommen. Die inzwischen etablierte Differenzierung der zweitgradigen Verbrennung in die oberflächliche **2°-A-Läsion** und die tiefgradige **2°-B-Läsion** mit ihren spezifischen Auswirkungen z. B. auf Be-

handlung, Liegedauer, Verlauf und Folgen der Verletzung wurde in der entsprechenden Tabellenspalte und dem "Beiblatt schwere Verbrennungen" umgesetzt.

Bei den Körperskizzen auf dem Beiblatt wurden die Areale des Kopfes und der Hände überproportional vergrößert, um detailliertere Einzeichnungen des Verbrennungsmusters zu ermöglichen.

F 1010 Ergänzungsbericht-Hand (alt)

Der Ergänzungsbericht in der bisherigen Fassung bietet keine über die Angaben im D- oder H-Arztbericht hinaus gehenden bedeutsamen Informationen. **Er wurde deshalb ersatzlos aus dem Bestand gestrichen.** Das Formblatt "Skizze Hand" (F 4232) bleibt jedoch bestehen und kann ggf. dem Erstbericht beigelegt oder durch den UV-Träger angefordert werden.

Neu: F 1010 Handchirurgischer Erstbericht

Der neue Berichtstext erhielt die Kurzbezeichnung (F 1010) des bisherigen Ergänzungsberichtes „Hand“ und basiert auf den Grunddaten des Durchgangsarztberichtes. **Er ist ausschließlich von nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UV-Träger beteiligten Handchirurgen zu verwenden, die nicht Durchgangs- oder H-Arzt sind.** Dies bedeutet, dass ein zugelassener Handchirurg, der gleichzeitig als Durchgangs- oder H-Arzt beteiligt ist, nicht den Handchirurgischen Bericht, sondern ausschließlich den Durchgangsarzt- oder H-Arzt-Bericht verwendet, auch wenn eine Handverletzung vorliegt.

Der Handchirurgische Erstbericht ist, wie der D- oder H-Arzt-Bericht, **unverzüglich** zu erstatten.

Im Zusammenhang mit Feld 7 "Erstdiagnose" wurde in der Tabelle am rechten Seitenrand zusätzlich eine Zeile **Zone der Sehnenverletzung** und eine Zeile zur Abfrage der **Gebrauchshand** ergänzt.

Auf Seite 2 des Berichtsformulars wurden die **Handskizzen** übernommen. Hier soll der Arzt ggf. die Verletzungs- oder Amputationsstelle einzeichnen.

Zur Information des Handchirurgen wurden auf Seite 2 zusätzlich die Verletzungen der Hand nach Ziffer 15 des Verletzungsartenverzeichnisses aufgeführt. Für die Abrechnung der erbrachten Leistungen verwendet der Arzt nach Abschluss der Behandlung das gesonderte Rechnungsformular. Der Bericht wird mit einer Gebühr in Höhe des Durchgangsarztberichtes von 15,09 EUR vergütet. Die UV-GOÄ wurde entsprechend geändert.

Neu: F 2100 Zwischenbericht (bei besonderer Heilbehandlung)

Der neue Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung löst den bisher verwendeten Formtext F 2100 ab, der lediglich auf Anforderung der UV-Träger zu erstatten war. Der neue Bericht soll Maßnahmen der Sachbearbeitung im Rahmen der Steuerung des Heilverfahrens unterstützen und zielorientierte Informationen durch einheitliche Vorgaben gewährleisten.

Der Zwischenbericht F 2100 ist in der Regel ausschließlich für die **Verwendung durch Durchgangsarzte** vorgesehen. H-Ärzte erstatten den Bericht lediglich auf Anforderung des UV-Trägers und verwenden ansonsten weiterhin den Verlaufsbericht H-Arzt (F 2108).

Die Fragen orientieren sich an den in aller Regel schwereren Verletzungsfolgen und verlangen deshalb z. B. Angaben über **aufgetretene Komplikationen, weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung sowie zur Übungsbehandlung**.

Nachdem die Problematik der **psychischen Folgen nach Unfällen** im Rahmen der Rehabilitation zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird auch die Frage gestellt, ob es Hinweise für die Entwicklung eines psychischen Gesundheitsschadens gibt.

Auch in diesem Zwischenbericht sind konkrete Angaben hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. Behandlungsbedürftigkeit zu machen. Der Durchgangsarzt soll außerdem eine Aussage darüber treffen, ob und in welchem Umfang der Verletzte seine bisherige berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen kann. Für den Arzt eröffnet sich die Gelegenheit, nähere Informationen über die konkreten Arbeitsplatzverhältnisse beim UV-Träger einzuholen.

Der Bericht zielt darauf ab, die **medizinische und berufliche Wiedereingliederung zu beschleunigen** und dem UV-Träger die hierfür erforderlichen Informationen zu liefern. Aus diesem Grund enthält der Bericht auch die Frage, ob und durch welche besonderen Maßnahmen eine schnellere Wiedereingliederung erreicht werden kann und ob eine Arbeits- und Belastungsprüfung erforderlich ist. Die bereits im Erstbericht gestellte Frage, ob der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten werden soll, wird auch im Zwischenbericht wieder aufgegriffen.

Der Zwischenbericht ist entweder **nach Aufforderung durch den UV-Träger oder vom Durchgangsarzt auch selbstständig zu erstatten**, z. B. wenn Mitteilungen über Besonderheiten des Behandlungsverlaufs nach § 16 des Vertrages Ärzte/UV-Träger zu machen sind.

Er kann **auch als Entlassungsbericht aus der stationären Behandlung** Verwendung finden, dies jedoch ausschließlich dann, **wenn der UV-Träger** tatsächlich einen Entlassungsbericht **wünscht und anfordert**.

Der Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung wird mit einer **Gebühr** in Höhe von **10,00 EUR** vergütet. Die UV-GOÄ wurde entsprechend geändert.

F 2106 Nachschaubericht (bei allgemeiner Heilbehandlung)

Feld 1 des Berichts verlangt nun nach konkreten Angaben zum aktuellen Befund und dem bisherigen Behandlungsverlauf. Auch Änderungen bzw. Konkretisierungen der bisherigen Diagnose sind hier anzugeben. Ein zusätzliches Feld 2 fragt nach **konkreten Maßnahmen im Rahmen der Nachschau**. Hierunter ist z. B. auch die Verordnung von Heilmitteln zu verstehen.

Verbleibt der Verletzte in allgemeiner Heilbehandlung, hatte der Durchgangsarzt bisher nur anzugeben, ob er den Versicherten für arbeitsunfähig hält oder nicht. In der überarbeiteten Fassung des Berichtes soll der Durchgangsarzt auch im Rahmen der Nachschau eine **Prognose über die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit** abgeben. Dies dient als Anhaltspunkt für den UV-Träger im Zusammenhang mit der Heilverfahrenssteuerung und soll dem weiter behandelnden Arzt (Hausarzt) einen Hinweis geben, ohne in dessen Behandlungskompetenz einzugreifen.

Eine weitere Nachschau wird immer dann erforderlich, wenn an dem vom Durchgangsarzt festgesetzten Termin noch Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.

F 2108 Verlaufsbericht H-Arzt

Als einzige Änderung gegenüber der bisherigen Berichtsfassung wurde in der Betreffzeile ein Feld für die Angabe des Unfalltages eingefügt.

F 2222 Mitteilung D- oder H-Arzt: Veränderungen besondere Heilbehandlung

Auch in diesem Text wurde als einzige Änderung in der Betreffzeile ein Feld für die Eintragung des Unfalltages eingefügt.

F 2410 Verordnung zur Durchführung einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)

Die Abrechnungssystematik der EAP wurde umgestellt. Für die drei Behandlungselemente Krankengymnastik, physikalische Therapie und medizinische Trainingstherapie (MTT) werden Pauschalen berechnet. Dies ermöglicht auch, dass z. B. am Ende einer EAP die MTT als ein Behandlungselement isoliert verordnet werden kann. Für die isolierte Krankengymnastik oder physikalische Therapie ist weiterhin der Verordnungstext F 2400 zu verwenden.

Zeitvorgaben für den EAP-Therapieplan und zur Abrechnungskontrolle sind damit entbehrlich. Wichtig sind **konkrete Zielvorgaben für die Therapie** in der neuen EAP-Verordnung.

Das EAP-Zentrum setzt diese Zielvorgaben im Therapieplan in Zusammenarbeit mit dem Kooperationsarzt der Einrichtung um. Die neue EAP-Verordnung trägt so dem Umstand Rechnung, dass die Therapie innerhalb des Verordnungszeitraums von 14 Tagen Anpassungen unterworfen ist.

F 2902 Überweisung des D-/H-Arztes

Das Überweisungsformular des D- oder H-Arztes zu einem anderen Facharzt, der konsiliarisch oder zur Mitbehandlung/Diagnosestellung herangezogen wird, dient der zielgerechten Information des hinzugezogenen Arztes und Konkretisierung des Behandlungs- bzw. Untersuchungsauftrages.

Der Honoraranspruch des hinzugezogenen Arztes richtet sich nach der Einstufung des Behandlungsfalles in die allgemeine oder besondere Heilbehandlung durch den D-/H-Arzt. Für den überweisenden Arzt besteht die Möglichkeit, mit dem Überweisungsformular entsprechende Hinweise zu geben. Eine gesonderte Gebühr für die Verwendung des Überweisungsformulars ist nicht vorgesehen.