

## Gebührenverzeichnis für Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)

1. Nach diesem Gebührenverzeichnis sind Leistungen der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie durch zugelassene Einrichtungen mit den kostenpflichtigen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung abzurechnen.
2. Erbrachte Leistungen der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie können pro Tag mit einer Tagespauschale (Höchstsatz) von 63,50 € abgerechnet werden.  
Wenn Elemente der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie isoliert erbracht werden, können nur Einzelpauschalen in Höhe von
  - 26,50 € für die Krankengymnastische Therapie,
  - 18,50 € für die Physikalische Therapie und
  - 18,50 € für die medizinische Trainingstherapie abgerechnet werden.Wenn 2 Elemente der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie erbracht werden, kann der sich aus der Addition der Pauschalbeträge ergebende Gesamtbetrag abgerechnet werden.  
  
Außerhalb der Pauschalbeträge können nur die
  - Erstellung und Dokumentation des Therapieplanes gemäß Verordnung (inkl. Übersendung an den Unfallversicherungsträger soweit von diesem angefordert) in Höhe von 7,31 €,
  - Eingangs- und Abschlußtests an isokinetischen Geräten in Höhe von 12,78 € je Test und
  - Auswertung des Eingangs- und Abschlußtests an isokinetischen Geräten mit Übersendung an den behandelnden D-/H-Arzt und den Unfallversicherungsträger in Höhe von 8,69 € je Test (wobei bei einer Verordnung zu Fortführung der EAP kein Eingangstest und dessen Auswertung berechnungsfähig sind) abrechnet werden.
3. Voraussetzung dafür ist die Verordnung von Leistungen der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie durch einen Durchgangsarzt oder H-Arzt und die davon abgeleitete Erstellung eines Therapieplanes durch den Kooperationsarzt der Therapieeinrichtung. Soweit medizinisch nicht kontraindiziert, ist ein Eingangstest an isokinetischen Geräten durchzuführen. Die Auswertung des Eingangstests ist umgehend an den Unfallversicherungsträger und den behandelnden Durchgangs- oder H-Arzt zu übersenden.
4. Die Leistungen der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie sind auf dem beiliegenden Vordruck für jeden Behandlungstag zu dokumentieren. Der Versicherte hat den Empfang der Leistungen mit seiner Unterschrift zu bestätigen.
5. Der Rechnung ist dieser Vordruck sowie die Verordnung nach Nr. 2 beizufügen.
6. Die Rechnung ist unmittelbar nach Abschluß der Behandlung auszustellen und dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen mit der Auswertung des Abschlußtests zu übersenden. Dieser ist verpflichtet, die Rechnung innerhalb von 4 Wochen nach Zugang zu begleichen. Zwischenabrechnungen in Abständen von 2 Wochen sind zulässig.  
Ohne Kostenübernahmeerklärung des Unfallversicherungsträgers besteht kein Anspruch auf Vergütung.
7. Zuzahlungen dürfen vom Verletzten nicht verlangt werden.

8. Der Umfang der zu erbringenden Leistung hat sich nach der Verordnung zu richten.
9. Das Gebührenverzeichnis findet bei Leistungserbringern in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Berlin (Ost) mit der Maßgabe Anwendung, dass auf die Gebühren für therapeutische Leistungen ein Abschlag in der Höhe vorgenommen wird, wie es die jeweils gültige Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorsieht.

Auf Gebühren für die Erstellung und Dokumentation des Therapieplanes sowie die Auswertung der Eingangs- und Abschlusstests wird kein Abschlag vorgenommen.

In-Kraft-Treten:

Das Gebührenverzeichnis tritt am 01.01.2006 in Kraft.