

## **Gebührenverzeichnis für Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR)**

1. Nach diesem Gebührenverzeichnis werden Leistungen der Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskeletalen Rehabilitation (ABMR) mit dem zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung abgerechnet. Voraussetzung ist eine Zulassung der Einrichtung zur ABMR durch den regional verantwortlichen Landesverband der DGUV.
2. Erbrachte Leistungen der ABMR können pro Tag mit einer Pauschale (Höchstsatz) von 149,00 Euro bei ambulanter Leistungserbringung oder 184,00 Euro bei stationärer Durchführung abgerechnet werden.
3. Es handelt sich um einen vollpauschalierten Kostensatz. Darin sind alle Leistungen, die sich aus Therapiekonzept, Handlungsanleitung und Anforderungen zur ABMR ergeben, enthalten. Neben dem ABMR-Kostensatz dürfen insbesondere keine Vergütungen für Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) oder Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW) erhoben werden.
4. Bei stationärer Durchführung gelten Aufnahme- und Entlassungstag zusammen als ein Vergütungstag. Abgerechnet wird der Aufnahmetag. Im Übrigen gelten bei stationärer Durchführung die Regelungen zur Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) entsprechend.
5. Aufnahme- und Abschlussbericht der ABMR (siehe Ziffer VI der Handlungsanleitung) werden mit einer Gesamtgebühr in Höhe von Nr. 117 UV-GOÄ vergütet.
6. In den Vergütungssätzen nach Ziffer 2 ist das im Rahmen der ABMR durchzuführende FCE-Screening enthalten. Darunter sind auch einzelne Module des EFL-Tests zu subsumieren. Ein EFL-Volltest ist im Rahmen der ABMR nur im Einzelfall erforderlich und kann nur nach vorheriger Zustimmung durch den Unfallversicherungsträger durchgeführt und gesondert abgerechnet werden.
7. Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen der ABMR ist eine Kostenübernahmeerklärung des Unfallversicherungsträgers zu Beginn des Verfahrens (grundsätzlich für zwei Wochen). Verlängerungen bedürfen keiner weiteren Kostenübernahmeerklärung. Für ABMR-Maßnahmen über vier Wochen ist ein erneuter Abgleich zwischen Tätigkeitsanalyse und aktuellem Fähigkeitsprofil vorzunehmen (siehe Ziffer V, letzter Absatz, der Handlungsanleitung). Der Unfallversicherungsträger kann die ABMR jederzeit mit Begründung beenden.
8. Die Rechnung ist nach Abschluss der Behandlung auszustellen. Zwischenabrechnungen nach zwei Wochen Behandlung sind zulässig. Der Unfallversicherungsträger ist verpflichtet, die Rechnung innerhalb von vier Wochen nach Zugang zu begleichen. Ist dies aus besonderen Gründen nicht möglich, ist der Leistungserbringer vom Unfallversicherungsträger unter Angabe von Gründen zu benachrichtigen.
9. Vom Versicherten dürfen keine Zuzahlungen verlangt werden.
10. Die angegebenen Vergütungssätze verstehen sich als Brutto-Preise.

Das Gebührenverzeichnis tritt am 01.07.2012 in Kraft.