

Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)

Gebührenverzeichnis

1. Nach diesem Gebührenverzeichnis sind Leistungen der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie durch zugelassene Einrichtungen mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern abzurechnen.

2. Erbrachte Leistungen der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie können pro Tag mit einer Tagespauschale (Höchstsatz) von 84,64 € abgerechnet werden.

Wenn Elemente der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie isoliert erbracht werden, können nur Einzelpauschalen in Höhe von

- 35,29 € für die krankengymnastische Therapie,

- 25,45 € für die physikalische Therapie und

- 23,90 € 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.

Durch den Durchgangsarzt oder Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag verordnete ergotherapeutische Leistungen (Formular F 2402) sind nicht in den Pauschalbeträgen enthalten und können nach dem „Leistungs- und Gebührenverzeichnis für Leistungen der Ergotherapie“ gesondert in Rechnung gestellt werden.

2.1 Darüber hinaus können außerhalb der EAP-Pauschalbeträge nur die

- Übersendung des Therapieplanes 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 Durchgangsarzt oder Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag und den Unfallversicherungsträger in Höhe von 8,69 € je Test (bei einer Verordnung zur Fortführung der EAP ist kein Eingangstest und dessen Auswertung berechnungsfähig) abgerechnet werden.

- 2.2 Voraussetzung dafür ist die Verordnung von Leistungen der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie durch einen Durchgangsarzt oder Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag 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 Durchgangsarzt oder Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag zu übersenden.

3. Die Leistungen der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie sind auf dem Formular F 2414 (Dokumentation Therapie EAP) für jeden Behandlungstag zu dokumentieren. Der Versicherte hat die Durchführung der Leistungen mit seiner Unterschrift zu bestätigen.

4. Der Rechnung ist das Formular F 2414 (Dokumentation Therapie EAP) sowie die Verordnung nach Nr. 2.2 (F 2410, Verordnung EAP) beizufügen.

5. 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 begleiten. Zwischenabrechnungen in Abständen von 2 Wochen sind zulässig.

Ohne Kostenübernahmeerklärung des Unfallversicherungsträgers besteht kein Anspruch auf Vergütung.

6. Zuzahlungen dürfen vom Verletzten nicht verlangt werden.

7. Der Umfang der zu erbringenden Leistung hat sich nach der Verordnung zu richten.

In-Kraft-Treten:

Das Gebührenverzeichnis tritt am 01.01.2018 in Kraft.