



Arbeitsplatzbezogene Muskuloskelettale Rehabilitation (ABMR)

Gebührenverzeichnis

Gültig ab 01.01.2026

1. Nach diesem Gebührenverzeichnis werden Leistungen der Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskelettalen Rehabilitation (ABMR) mit dem zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung abgerechnet. Voraussetzung ist eine Zulassung der Einrichtung zur ABMR durch den regional zuständigen Landesverband der DGUV.
2. Erbrachte Leistungen der ABMR können pro Tag mit einer Pauschale (Höchstsatze) von 191,45 Euro bei ambulanter Leistungserbringung oder 236,42 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 Teil E/Punkt 7 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 Durchführung und Abrechnung einer ABMR-Maßnahme ist eine vorherige Zustimmung des UV-Trägers. Die Verordnung umfasst den vorgeschlagenen Zeitraum, längstens aber vier Wochen.

Eine Verlängerung über 4 Wochen hinaus ist dem UV-Träger eine Woche vor Ablauf der genehmigten Therapiedauer mit der Verordnung F 2162 anzuzeigen. In diesem Fall ist eine erneute vorherige Zustimmung des UV-Trägers erforderlich. Die maximale Dauer der ABMR beträgt 6 Wochen. 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.

In-Kraft-Treten:

Das Gebührenverzeichnis tritt am 01.01.2026 in Kraft.