

Anlage 3 b zum Vertrag vom 01.10.2008

zwischen

**dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V., Karlsbad
und
den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
- Techniker-Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
- Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (HaMü), Hamburg
- Handelskrankenkasse (hkk), Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.

Vergütungsliste gemäß § 125 SGB V für die

Abrechnung ergotherapeutischer Leistungen

gültig ab 01.10.2008

**für die Bundesländer
Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern,
Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen**

Schlüssel "Leistungserbringergruppe":	26 25 000
Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!	

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Preis in €
		(Zuzahlung in €)
54102	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 30 – 45 Minuten	23,56 (2,36)
54209	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) bei motorisch-funktionellen Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 30 – 45 Minuten	8,21 (0,82)
54103	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 45 – 60 Minuten	31,34 (3,13)
54210	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3- 5 Patienten) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 45 – 60 Minuten	10,61 (1,06)
54104	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung – Regelbehandlungszeit: Richtwert 30 – 45 Minuten	26,06 (2,61)
54211	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) – Regelbehandlungszeit: Richtwert 45 – 60 Minuten	10,61 (1,06)
54105	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 60 – 75 Minuten	39,55 (3,96)
54110	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung – Regelbehandlungszeit: Richtwert 120 – 150 Minuten ¹	72,33 (7,23)
54212	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) bei psychisch-funktionellen Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 90 – 120 Minuten	19,53 (1,95)
54213	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung– Regelbehandlungszeit: Richtwert 180 – 240 Minuten ¹	36,17 (3,62)
54301	Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte (nur zusätzlich neben Pos. 54102 und 54103 abrechenbar)	3,59 (0,36)
54405	Ergotherapeutische temporäre Schiene - ohne Kostenvoranschlag bis 130,-- €	
54406	Ergotherapeutische temporäre Schiene - mit Kostenvoranschlag	
54002	Ergotherapeutische Funktionsanalyse (nur einmal bei Behandlungsbeginn zusätzlich abrechenbar)	17,54 (1,75)
54111	Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (Die Abrechnung erfolgt zzgl. einem Kilometergeld von 0,30 €. Die Behandlung kann nur einmal pro Behandlungsfall zusätzlich abgerechnet werden.)	76,25 (7,63)
59701	Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (Diese Leistung kann pro Verordnung nur einmal abgerechnet werden)	0,56
59933	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	10,70

		(1,07)
59934	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient Der Begriff "soz. Einrichtung" bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Personen dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen.	6,70 (0,67)
59907	Wegegeld je gefahrenen Kilometer (Diese Pos.-Nr. kann nur einmal in Verbindung mit der Pos.-Nr. 54111 abgerechnet werden.)	0,30 (0,03)

Anmerkung:

¹Bei psychisch-funktionellen Behandlungen können im Einzelfall in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt bei Störungen der Ausdauer und Grundarbeitsfähigkeiten zwei zusammenhängende Therapieeinheiten an einem Tag als Belastungserprobung durchgeführt werden. Diese erhöhte Frequenz kann nur erbracht werden, wenn sie verordnet wurde.

Verbindliche Hinweise

- a) Mit den Vergütungssätzen sind alle Nebenleistungen abgegolten. Zusätzliche Forderungen beim Versicherten dürfen nicht erhoben werden.
- b) Die Beträge schließen die gesetzliche Mehrwertsteuer ein.
- c) Der Zugelassene hat die vom Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 i.V.m. § 61 S. 3 SGB V zu leistende Zuzahlung von 10 v. H. der Kosten der Heilmittel sowie 10 € je Verordnung (Rezept) einzuziehen. Die Berechnung der Zuzahlung erfolgt auf der Basis des Vergütungsansatzes für die einzelne Leistung. Die von den Versicherten an den Zugelassenen insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.
- d) Die Sätze dieser Vergütungsliste gelten für Verordnungen mit einem Behandlungsbeginn nach dem 30.09.2008.
- e) Diese Liste gilt ab 01.10.2008. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten erstmals zum 31.12.2009, schriftlich gekündigt werden.
- f) Alle zur Abrechnung bei den Ersatzkassen eingereichten ärztlichen Verordnungen (Muster 18) werden vom Leistungserbringer in den Feldern "Gesamt-Brutto", "Heilmittel-Pos.-Nr." und "Gesetzliche Zuzahlung" ausgefüllt. Kosten hierfür werden nicht geltend gemacht.