

Vergütungsliste für ergotherapeutische Leistungen

- Leistungsverzeichnis -

(Preisliste gem. § 125 SGB V)

gültig ab 01.02.2002

**für die Bundesländer
Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg,
Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen,
Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein**

Anlage 3 a zu dem Vertrag vom 01.02.2002

Diese Liste ist vereinbart zwischen dem

Deutschen Verband der Ergotherapeuten
(Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten) e.V., Karlsbad

und

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V., Siegburg

sowie

dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

Schlüssel "Leistungserbringergruppe":	26 24 000
Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!	

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	EURO
		Vp (Za)
	Vp = Vertragspreis Za = Zuzahlungsanteil des Versicherten	
54102	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 30 – 45 Minuten	25,28 (3,79)
54209	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) bei motorisch-funktionellen Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 30 – 45 Minuten	8,80 (1,32)
54103	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 45 – 60 Minuten	33,61 (5,04)
54210	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3- 5 Patienten) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 45 – 60 Minuten	11,38 (1,71)
54104	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung – Regelbehandlungszeit: Richtwert 30 – 45 Minuten	27,97 (4,20)
54211	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) – Regelbehandlungszeit: Richtwert 45 – 60 Minuten	11,38 (1,71)
54105	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 60 – 75 Minuten	42,48 (6,37)
54110	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung – Regelbehandlungszeit: Richtwert 120 – 150 Minuten ¹	77,61 (11,64)
54212	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) bei psychisch-funktionellen Störungen – Regelbehandlungszeit: Richtwert 90 – 120 Minuten	20,96 (3,14)
54213	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung– Regelbehandlungszeit: Richtwert 180 – 240 Minuten ¹	38,81 (5,82)
54301	Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte (nur zusätzlich neben Pos. 54102 und 54103 abrechenbar)	3,85 (0,58)
54405	Ergotherapeutische temporäre Schiene - ohne Kostenvoranschlag bis 130,- €	
54406	Ergotherapeutische temporäre Schiene - mit Kostenvoranschlag	
54002	Ergotherapeutische Funktionsanalyse (nur einmal bei Behandlungsbeginn abrechenbar)	18,81 (2,82)
54111	Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (Die Abrechnung erfolgt zzgl. Kilometergeld. Die Leistung kann nur einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden.)	81,81 (12,27)
59701	Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (Diese Leistung kann pro Verordnung nur einmal abgerechnet werden)	0,56
59901	Hausbehandlung – sofern ärztlich angeordnet	8,59
59902	Besuch eines weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft in unmittelbarem Zusammenhang mit einem Besuch	4,17

59906	Wegegeld-Pauschale je Besuch (Diese Positionsnummer kann in Verbindung mit den Positionen 59901 und 59902 nur einmal abgerechnet werden.)	2,95
59907	oder Wegegeld je gefahrenen Kilometer (Diese Positionsnummer kann in Verbindung mit den Positionen 59901 und 59902 nur einmal abgerechnet werden.)	0,30

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 SGB V zu leistende Zuzahlung von 15 v. H. 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 Liste können für Verordnungen abgerechnet werden, die nach dem 31.01.2002 begonnen wurden.
- e) Diese Liste gilt ab 01.02.2002 (s. Buchstabe d)). Sie kann mit einer Frist von drei Monaten erstmals zum 31.12.2002, schriftlich gekündigt werden.
- f) Alle zur Abrechnung bei den Ersatzkassen eingereichten ärztlichen Verordnungen (Muster 18) werden vom Leistungserbringer in den Feldern "Gesamt-Brutto" und "Gesetzliche Zuzahlung" ausgefüllt. Kosten hierfür werden nicht geltend gemacht.