

Vergütungsliste für podologische Leistungen

- Leistungsverzeichnis -

(Preisliste gem. § 125 SGB V)

gültig ab 01.09.2002

für die Bundesländer

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

Anlage 3 a zum Vertrag vom
vereinbart durch Vergütungsvertrag vom 01.09.2002

Diese Liste ist zwischen

dem Verband Deutscher Podologen – Verband staatlich geprüfter und staatlich anerkannten
medizinischer Fußpfleger und Podologen e.V. (VDP) und

dem Verband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (ZFD)

und

den Landesvertretungen/der Landesbereichsvertretung

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

sowie

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

Schlüssel "Leistungserbringergruppe":	71 24 000
Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!	

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	EURO
	Vp = Vertragspreis Za = Zuzahlungsanteil des Versicherten	Vp (Za)
78001	Hornhautabtragung/-bearbeitung (beider Füße) Richtwert: 20 – 30 Minuten	14,50 (2,18)
78004	Hornhautabtragung/-bearbeitung (eines Fußes)*) Richtwert: 10 - 20 Minuten	8,70 (1,31)
78002	Nagelbearbeitung (beider Füße) Richtwert: 20 – 25 Minuten	13,05 (1,96)
78005	Nagelbearbeitung (eines Fußes)*) Richtwert: 10 - 20 Minuten	7,25 (1,09)
78003	Podologische Komplexbehandlung (beider Füße) (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 40 – 50 Minuten	26,10 (3,92)
78006	Podologische Komplexbehandlung (eines Fußes)*) (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 20 - 30 Minuten	14,50 (2,18)
79901	Hausbesuch ärztlich verordnet	7,65
79902	Besuch derselben sozialen Gemeinschaft (auch z.B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit 79901 abrechenbar); je Person	2,90
79907	Wegegebühren je Kilometer	0,28

*) Im Falle der Amputation eines Fußes kann nur die abgesenkte Vergütung in Rechnung gestellt werden.

Erläuterungen

- 1) Die Beträge sind Bruttobeträge im Sinne des UStG. Mehrwertsteuer kann daher auch dann nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der Zugelassene die Voraussetzungen des § 4 UStG nicht erfüllt.
- 2) In den umstehend aufgeführten Beträgen sind alle Nebenleistungen enthalten. Zusätzliche Forderungen oder Zuzahlungen dürfen nicht geltend gemacht werden.
- 3) § 32 Abs. 2 SGB V ist zu beachten. Die Zuzahlung beträgt 15 v.H. der Kosten der Heilmittel. Von der Zuzahlung ist nur der gesetzlich festgelegte Personenkreis befreit.
- 4) Alle zur Abrechnung bei den Ersatzkassen eingereichten ärztlichen Verordnungen (Muster 13) werden vom Zugelassenen in den Feldern "Gesamt-Brutto" und "Gesetzliche Zuzahlung" ausgefüllt. Kosten hierfür werden vom Zugelassenen nicht geltend gemacht.
- 5) Diese Liste gilt ab 01.09.2002. Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten, erstmals zum 30.06.2003, schriftlich gekündigt werden.
- 6) Die Sätze dieser Liste können auch für Leistungen berechnet werden, die vor dem 01.09.2002 begonnen und nach dem 31.08.2002 beendet werden.
- 7) Die Leistungserbringer übermitteln ausschließlich maschinelle Abrechnungsdaten an die von den Ersatzkassen benannten Stellen. Es werden ausschließlich die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern in der Abrechnung verwendet. Über die Auswirkungen für die Abrechnung der Leistungserbringer informieren die Ersatzkassen mit einem Infoblatt.