



Tarif GKE

Teil III – Tarifbedingungen

Heilmittelverzeichnis



Krankheitskostenteilversicherung

Teil III

Krankheitskostenteilversicherungstarif: GKE

gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene geschlechtsunabhängige Tarife

Kostenerstattung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung der BARMER

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009 und II Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung, soweit sie nicht ausdrücklich durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

Mit diesem Tarif bieten wir Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen als Privatpatient.

Versicherungsfähig sind Personen, die

a) Mitglied der BARMER sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen der BARMER haben und

b) bei der BARMER an Stelle der Gewährung von Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt haben.

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen bei Wegfall einer dieser Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG unverzüglich in Textform mitzuteilen.

Der Versicherungsnehmer kann innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unter den Voraussetzungen des § 1 (6) AVB die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen. Weitere Voraussetzung ist, dass die versicherte Person bei der neuen GKV an Stelle der Gewährung von Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat.

I. Allgemeines

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in dem unter Ziffer II dargestellten Leistungsumfang.

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen durch Psychologische

Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, wenn sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnungen (z.B. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten (GOP)) berechnet werden. Die Leistungen werden bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnungen gezahlt. Für die GOÄ, GOZ und GOP handelt es sich um Höchstsätze im Sinne des jeweiligen § 5 der Gebührenordnung.

II. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Behandlung als Privatpatient (außer Zahnbehandlung)

a) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 90 % abzüglich der Kostenerstattung der BARMER erstattet für

– ärztliche Leistungen.

Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen wird bei medizinischer Notwendigkeit Wegegeld bzw. Reiseentschädigung des nächst erreichbaren Arztes und Transporte in Notfällen bis zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus erstattet, sofern eine Vorleistung der BARMER erfolgt;

– Arznei- und Verbandmittel.

Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Humanmediziner verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel, Stärkungspräparate (z.B. Vitamine/Mineralstoffe), kosmetische Präparate, Potenz-, Verhütungs-, Gewichtsreduktions- und Haarwuchsmittel, Präparate zur Raucherentwöhnung, Lifestyle- und Anti-Agingpräparate sowie Mittel, die nicht zu einer gezielten Behandlung einer bestehenden Erkrankung eingesetzt werden.

Vitamin-, Nähr- und Stärkungspräparate werden bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit zur Vermeidung lebensbedrohlicher schwerer gesundheitlicher Schäden, z.B. Morbus Crohn und Mukoviszidose oder während einer Schwangerschaft gezahlt. Ist auf Grund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich, werden die Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondenernährung (enterale Ernährung) und Dauertropfinfusionen (parenterale Ernährung) erstattet.

– Heilmittel.

Als Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen und Behandlungen wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie sowie Lichttherapie, Ergotherapie, Logopädie und manuelle Therapie.

Zusätzlich zu den Heilmittelanwendungen wird bei medizinischer Notwendigkeit eines Hausbesuchs Wegegeld bzw. Reiseentschädigung des nächsterreichbaren Therapeuten tarifgemäß erstattet.

Medizinisch notwendige Heilmittel sind erstattungsfähig, soweit sie von einem staatlich geprüften Angehörigen der Heil- und Hilfsberufe (z.B. Physiotherapeut, Logopäde) angewandt werden.

Bei der Erstattung dieser Aufwendungen werden maximal die Preise des Heilmittel-Preisverzeichnisses zu Grunde gelegt.

Es handelt sich um die beihilfefähigen Höchstsätze des Bundesministeriums des Innern. Soweit sich diese verändern, verändert sich insoweit auch die Höhe der Erstattungshöchstsätze, die der tariflichen Erstattung zugrunde gelegt werden. Das gleiche gilt, wenn neue Positionen in das Verzeichnis der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundesministeriums des Innern aufgenommen werden. Die jeweils aktuelle Fassung kann auch über www.huk.de abgerufen werden.

– ärztliche Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 (2.1) AVB.

b) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % abzüglich der Kostenerstattung der BARMER erstattet für

– **ambulante Psychotherapie** durch einen Arzt oder einen im Arztregister eingetragenen approbierten Psychotherapeuten bzw. Kinder- oder Jugendpsychotherapeuten. Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen je Kalenderjahr erstattet.

2. Ambulante Behandlung als Privatpatient beim Zahnarzt

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 90 % abzüglich der Kostenerstattung der BARMER erstattet für

– Zahnbehandlung.

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, ferner Behandlungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

Von der Erstattung ausgenommen sind Zahnersatz (z.B. Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate), Inlays (Einlagefüllungen) und Kieferorthopädie.

III. Für alle erstattungsfähigen Leistungen gilt:

Es gelten die Wartezeiten gemäß § 3 AVB. Bei Unfall entfällt die allgemeine Wartezeit. Während der Wartezeit besteht kein Leistungsanspruch.

Eine Kostenerstattung der BARMER als Vorleistung ist erforderlich.

Als Kostenerstattung der BARMER gelten auch vertraglich mit der BARMER vereinbarte Selbstbehalte.

IV. Serviceleistungen

1. Schnelligkeitsgarantie

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung garantiert eine schnelle Bearbeitung der Leistungsanträge innerhalb von zwei Wochen. Sollte dies nicht innerhalb dieses Zeitraums geschehen, zahlt sie als „Entschuldigung“ 10 €. Die zwei Wochen zählen ab Posteingang bei der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Feiertage innerhalb dieses Zeitraums verlängern die Frist entsprechend. Voraussetzung hierfür ist lediglich, dass der Leistungsscheck verwendet wird.

2. Gesundheitsportal

Unter der Internetadresse www.huk.de können umfassende Informationen rund um das Thema Gesundheit und Aktuelles aus Medizin und Forschung abgerufen werden.

V. Monatsbeiträge

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag zu zahlen.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

Heilmittelverzeichnis

Gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene geschlechtsunabhängige Tarife

Erstattungsfähige Höchstbeträge in €

I. Inhalationen

Nr.		Preis in €
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	11,60
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer/in	4,80
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer/in	7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert berechnungsfähig.	
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	b) mittels Hauben	18,20

II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen

Nr.		Preis in €
3	Physiotherapeutische Befundung und Berichte	
	a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
	b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 – 25 Minuten	27,80
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 – 35 Minuten	44,20
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 – 45 Minuten	55,20
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 – 5 Personen), Richtwert: 20 – 30 Minuten, je Teilnehmer/in	12,50
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 – 4 Personen), Richtwert: 20 – 30 Minuten, je Teilnehmer/in	15,60
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung – einschließlich erforderlicher Nachruhe – Richtwert: 20 – 30 Minuten	31,80
	b) in einer Gruppe (2-3 Personen) – einschließlich erforderlicher Nachruhe – Richtwert: 20 – 30 Minuten, je Teilnehmer/in	22,70
	c) in einer Gruppe (4-5 Personen) – einschließlich erforderlicher Nachruhe – Richtwert: 20 – 30 Minuten, je Teilnehmer/in	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 – 25 Minuten	33,40
12	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Einzelbehandlung, Richtwert: 15 – 25 Minuten	19,20
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 – 20 Minuten	12,90
	b) in einer Gruppe (2–5 Personen), Richtwert: 10 – 20 Minuten	8,00
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung, einschließlich erforderlicher Nachruhe, Richtwert: 20 – 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2-3 Personen), einschließlich erforderlicher Nachruhe, je Teilnehmer/in, Richtwert: 20 – 30 Minuten	22,60
	c) in einer Gruppe (4-5 Personen), einschließlich erforderlicher Nachruhe, je Teilnehmer/in, Richtwert: 20 – 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich medizinischen Aufbautrainings (MAT) und medizinischer Trainings-therapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis 3 Personen); Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	52,40
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (z. B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch), als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 – 20 Minuten	8,80



III. Massagen

Nr.		Preis in €
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile a) klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perioist-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 – 20 Minuten b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 – 30 Minuten	20,30 24,40
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD) a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindematerial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben berechnungsfähig	33,80 50,60 67,50 21,50
20	Unterwasserdruckstrahlmassage – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – Richtwert: 15 – 20 Minuten	31,70

IV. Palliativversorgung

Nr.		Preis in €
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00

V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

Nr.		Preis in €
22	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 – 15 Minuten	13,60
23	Wärmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich erforderlicher Nachruhe a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Moor-Paraffin, Fango-Paraffin, Pelose, Turbatherm) b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Teilpackung c) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Großpackung	15,60 36,20 47,80
24	Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung) a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Schlick, Naturfango, Pelose, Schlamm) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	10,20 20,30
26	Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
27	Sonstige Packungen (z. B. Wickel, Auflagen, Kompressen)	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 6,10 5,40
30	a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20 26,40
31	a) Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,10 17,60
32	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
33	Naturmoorbad a) Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	43,30 52,70
34	Sandbad a) Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	37,90 43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	Medizinisches Bad mit Zusatz a) Hand- oder Fußbad b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) bei mehreren Zusätzen, je weiterer Zusatz	8,80 17,60 24,40 4,10

V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

Nr.		Preis in €
37	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,10
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen berechnungsfähigen Höchstbeträge nach Nr. 36 Buchstabe a – c und nach Nr. 37 Buchstabe b um 4,10 €. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d erstattungsfähig.	

VI. Kälte- und Wärmebehandlung

Nr.		Preis in €
39	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas oder Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 – 10 Minuten	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10 – 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 – 20 Minuten	13,80

VII. Elektrotherapie

Nr.		Preis in €
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 – 20 Minuten	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 – 10 Minuten	17,60
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 – 20 Minuten	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 – 20 Minuten	29,00

VIII. Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Nr.		Preis in €
47	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall; bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik erstattungsfähig. Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig, Richtwert: 60 Minuten	111,20
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik; je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig, Richtwert: 30 Minuten	55,60
49	Bericht an die verordnende Person	6,20
50	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
51	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	49,40
	b) Richtwert: 45 Minuten	68,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	86,50
52	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach und Schluckstörungen, je Teilnehmer/in	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	61,20
	b) Gruppe (3 – 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	111,20
	d) Gruppe (3 – 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10

IX. Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

Nr.		Preis in €
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	44,20
54	Einzelbehandlung a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	52,80 70,40 88,00
55	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	140,80 182,60 152,40
56	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	42,30 56,30 70,40
57	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen) a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer/in b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer/in c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 105 Minuten, je Teilnehmer/in	18,50 24,70 43,10
58	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	52,80
59	Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall	152,40
60	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	42,30
61	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer/in	24,70

X. Podologie

Nr.		Preis in €
62	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20
63	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20
64	Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
65	Erst- und Eingangsbefundung a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	27,20 54,50 21,90
66	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
67	Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	96,40
68	Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	52,80
69	Nachregulierung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	48,30
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
71	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
72	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
73	Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20

XI. Ernährungstherapie

Nr.		Preis in €
74	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	38,70
75	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	77,40
76	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	63,40
77	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
78	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
79	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
80	Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
81	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
82	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20

XII. Sonstiges

Nr.		Preis in €
83	Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient erstattungsfähig.	25,60
84	Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen oder Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient pauschal.	16,70
85	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur erstattungsfähig, wenn Leistungen nach Nummer 55 Buchstabe a bis c, Nummer 59 oder Nummer 80 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nummern 83 und 84 sind daneben nicht erstattungsfähig.	25,60
86	Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40
87	Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung	91,38