



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	11,20
	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 Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
3.1	Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	61,10
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	26,80
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	42,50
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	53,10
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 – 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmer/in	12,00
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 – 4 Personen), Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer/in	15,00
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	80,30
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung – einschließlich erforderlicher Nachruhe – Richtwert: 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2-3 Personen) – einschließlich erforderlicher Nachruhe – Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer/in	21,80
	c) in einer Gruppe (4-5 Personen) – einschließlich erforderlicher Nachruhe – Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer/in	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 25 Minuten	32,20
12	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	19,00
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	12,40
	b) in einer Gruppe (2–5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	7,70
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung, einschließlich erforderlicher Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2-3 Personen), einschließlich erforderlicher Nachruhe, je Teilnehmer/in, Richtwert: 30 Minuten	21,80
	c) in einer Gruppe (4-5 Personen), einschließlich erforderlicher Nachruhe, je Teilnehmer/in, Richtwert: 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	50,40
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (z. B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch), als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80



III. Massagen

Nr.		Preis in €
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile a) klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten b) Bindegewebsmassage (BMG), Richtwert: 30 Minuten	19,60 23,50
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	32,50 48,70 65,00 20,70
20	Unterwasserdruckstrahlmassage – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – Richtwert: 20 Minuten	30,50

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	13,60
23	Wärmepackung 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 aa) Teilpackung bb) Großpackung	15,60 36,20 47,80
24	Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung 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	Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	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	25,70
	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 und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie	13,30

VII. Elektrotherapie

Nr.		Preis in €
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	16,90
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00

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

Nr.		Preis in €
47	Stimm-, sprech-, sprach und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik erstattungsfähig.	111,20
47.1	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig.	55,60
47.2	Bericht an die verordnende Person	6,20
47.3	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
48	Einzelbehandlung bei Atem-, Sprech-, Sprach- und Stimm-, Hör-, und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	49,40
	b) Richtwert: 45 Minuten	68,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	86,50
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patienten oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
49	Gruppenbehandlung bei Atem-, Sprech-, Sprach- und Stimm-, Hör-, 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
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patienten oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	

IX. Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

Nr.		Preis in €
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
51	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	45,20
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	60,90
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	76,20
	d) gestrichen	
	e) gestrichen	
	f) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall	
	aa) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	135,60
	bb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
	cc) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,32
51.1	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	35,90
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	48,70
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	60,30
52	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer/in	16,50
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer/in	21,40
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmer/in	39,30
53	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	50,10
53.1	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
53.2	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	39,40
54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer/in	21,40

X. Podologie

Nr.		Preis in €
58.1	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	30,70
60.1	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	44,00
60.2	Podologische Befundung, je Behandlung	3,00
61.1	Erstbefund	48,80
61.2	Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	86,60
61.3	Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	47,40
61.4	Nachregulierung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	43,40
61.5	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	86,90
61.6	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	47,70
61.7	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	15,20
61.8	Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	22,80

XI. Ernährungstherapie

Nr.		Preis in €
66	Erstgespräch m. Behandlungsplan, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	68,00
66.1	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – erstattungsfähig.	55,50
66.2	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – erstattungsfähig	55,50
66.3	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 30 Minuten, einmal je Behandlungsfall	34,00
67	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	34,00
67.1	Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	68,00
68	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen im Jahr	23,80

XII. Sonstiges

Nr.		Preis in €
69	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
69.1	Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal	22,40
69.2	Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	14,61
70	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) je Kilometer bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder in Höhe der niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels.	0,30
71	Werden auf demselben Weg mehrere Patienten/Patientinnen besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 69, 69.1 und 70 nur anteilig je Patient oder Patientin erstattungsfähig	
72	Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,30