

GebüTh – Gebührenübersicht für Therapeuten

Privatpreise nachvollziehbar und rechtssicher gestalten

11. ergänzte und überarbeitete Auflage
unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Höchstpreise

praxismanagement professionell

Urheberrechtsklausel für die GebäTh

Sie dürfen:

- das Werk bzw. den Inhalt **verbreiten und öffentlich zugänglich machen**

Zu den folgenden Bedingungen:

- **Namensnennung** – Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen.
- **keine kommerzielle Nutzung** – Sie dürfen den Inhalt nicht vervielfältigen und vertreiben oder kostenpflichtig anbieten.
- **Weitergabe unter gleichen Bedingungen** – Wenn Sie das lizenzierte Werk bzw. den lizenzierten Inhalt bearbeiten, abwandeln oder in anderer Weise erkennbar als Grundlage für eigenes Schaffen verwenden, dürfen Sie die daraufhin neu entstandenen Werke bzw. Inhalte nur unter Verwendung von Lizenzbedingungen weitergeben, die mit denen dieses Lizenzvertrages identisch, vergleichbar oder kompatibel sind.

Sonstige Rechte – Die Lizenz hat keinerlei Einfluss auf die folgenden Rechte:

- Die Rechte, die jedermann wegen der Schranken des Urheberrechts oder aufgrund gesetzlicher Erlaubnisse zustehen (in einigen Ländern als grundsätzliche Doktrin des fair use etabliert);
- das Urheberpersönlichkeitsrecht des Rechteinhabers;
- Rechte anderer Personen, entweder am Lizenzgegenstand selber oder bezüglich seiner Verwendung, zum Beispiel Persönlichkeitsrechte abgebildeter Personen.

Hinweis – Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen alle Lizenzbedingungen mitteilen, die für dieses Werk gelten. Am einfachsten ist es, an entsprechender Stelle einen Link auf diese Seite einzubinden.

ISBN: 978-3-928763-36-3 • 11. Auflage, August 2019 • Best.-Nr. 1808

© by Buchner & Partner GmbH, 24149 Kiel, Zum Kesselort 53

www.buchner.de • Tel: 0800 5999 666

Druck: Hugo Hamann, Kiel

Gestaltung: www.cebedesign.de

Satz: Cornelia Brockstedt

Foto Umschlag: fotolia.com – Sport Moments

Inhalt

Hintergrund zur 11. Auflage	4
Zielsetzung der GebüTh	5
Allgemeine Grundsätze	6
§ 1 Anwendungsbereich/Grundlage	6
§ 2 Vereinbarung der Gebührenhöhe	6
§ 3 Gebühr/Vergütung/Honorar	7
§ 4 Bemessung der Gebühren für Leistungen der GebüTh	8
§ 5 Entschädigungen – Wegegeld	8
§ 6 Ersatz von Auslagen	9
§ 7 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung	9
Kommentar zu Allgemeine Grundsätze	10
Zu: § 1 Anwendungsbereich/Grundlagen	10
Zu: § 2 Vereinbarung der Vergütungshöhe	10
Zu: § 3 Gebühr/Vergütung/Honorar	11
Zu: § 4 Bemessung der Gebühren für Leistungen der GebüTh	12
Zu: § 5 Entschädigungen – Wegegeld	15
Zu: § 6 Ersatz von Auslagen	15
Zu: § 7 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung	16
Leistungsübersicht	18
Die Leistungsübersicht kurz erklärt	18
Physiotherapie	20
Podologie	28
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie/Logopädie	32
Ergotherapie	36

Hintergrund zur 11. Auflage

Herzlich Willkommen

Mit der Einführung des TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz) haben sich die Rahmenbedingungen für Vergütungen von Heilmittelerbringern vollständig verändert. Wenn der Gesetzgeber die Festlegung von bundeseinheitlichen Höchstpreisen und die Entkoppelung der Honorarentwicklung von der Anbindung an die Grundlohnsumme festlegt, steht dahinter die klare Erkenntnis, dass Heilmittelerbringer bislang zu schlecht bezahlt worden sind. Das gilt selbstverständlich auch für die Vergütung, die für die Behandlung von Privatpatienten und Selbstzahlern bezahlt wird.

Bislang wurden die Preise für Privatpatienten durch Anwendung eines Multiplikators auf die GKV-Tarife ermittelt. Durch die am 1. Juli 2019 eingeführten bundeseinheitlichen Höchstpreise sind einige GKV-Tarife geradezu „explodiert“. Das führt bei manchen Therapeuten dazu, dass sie ihre Preisfindung für Privatpatienten infragestellen. Es gibt Hemmungen, solche erheblichen Preissteigerungen eins zu eins an Privatpatienten weiter zu geben.

Bei diesen Überlegungen wird immer wieder vergessen, dass die bisher gezahlten Honorare für Heilmittelerbringer viel zu niedrig waren und die aktuellen Preiserhöhungen nur die Defizite von 30 Jahren verfehlter Preispolitik kompensieren. Insofern gibt es keinen Grund, bei den Privatpreisen jetzt nachzugeben.

In vielen Praxen werden zunehmend Angebote für Privatpatienten und Selbstzahler gemacht, die nicht mehr der Leistungsbeschreibung der GKV entsprechen. Art und Umfang der Leistung unterscheiden sich so stark von der GKV-Leistungsbeschreibung, dass auch eine analoge Abrechnung nicht mehr sinnvoll zu sein scheint. Deswegen wurden neu Minutenpreise je Fachbereich in die GebüTh aufgenommen.

Immer wieder werden in Praxen Privatpreise nach unten korrigiert, weil die Erstattungspraxis der PKV gerade bei Patienten mit hohem Heilmitteltherapiebedarf eine erhebliche Eigenbelastung der Patienten verursacht. Da bisher einheitliche Preise pro Praxis festgelegt waren, führten solche Ausnahmen dazu, dass die Honorare für Privatpatienten insgesamt unterdurchschnittlich angesetzt wurden. Um solche behandlungsintensiven Fälle in Zukunft individuell bepreisen zu können, ist das Preismodell Staffelpreis neu in die GebüTh aufgenommen worden. Damit ist zukünftig eine individuellere indikationsbezogene Preisfindung möglich.

Zielsetzung der GebüTh

Freiberufler in Deutschland sind in ihrer Preisgestaltung nicht vollkommen frei, sondern durch gesetzliche und/oder berufsständische Gebührenordnungen dazu verpflichtet, ihre Honorare in diesem Rahmen vorhersehbar, nachvollziehbar und damit transparent zu gestalten.

Nur die freiberuflich tätigen Logopäden, Stimm-, Sprech- und Sprachheiltherapeuten, Ergo- und Physiotherapeuten sowie Podologen haben keinen solchen formalen Rahmen. Dennoch muss die Preisgestaltung für den Patienten nach dem Patientenrechtgesetz nachvollziehbar und einsehbar sein. Der Preis für eine Therapie muss also immer wieder zwischen Heilmittelerbringer und Patient ausgehandelt werden. Ein Zustand, der das Verhältnis zwischen Patient und Therapeut zum Teil erheblich belastet, denn weder Therapeuten noch Patienten können sicher vorhersagen, bis zu welcher Höhe die privaten Krankenversicherungen die Kosten der Therapie übernehmen.

Dieser unregelmäßige Zustand führt im Ergebnis dazu, dass Kostenträger über ihre versicherten Patienten regelmäßig versuchen den Preis für Therapie zu drücken. Ist eine Einigung über die Höhe des Preises nicht möglich, wird der Streit bis vor die zuständigen Gerichte getragen, deren vorsitzende Richter letztlich ebenso wenig wissen, wie ein angemessener Preis für Heilmitteltherapie festgelegt werden kann. Das führt dazu, dass es zu der Thematik der angemessenen Preise für Heilmittel eine Fülle sich widersprechender Urteile gibt.

Deswegen war und ist es Ziel der GebüTh, die Abrechnung von Heilmittelerbringern gegenüber Patienten resp. Versicherten und Kostenträgern vorhersehbar, nachvollziehbar und damit transparent zu gestalten.

Mit deutlich über 450.000 Lesern bietet die GebüTh inzwischen eine hinreichende Verbreitung, um als Standard für die Preisgestaltung von Leistungen freiberuflich tätiger Heilmittelerbringer angesehen zu werden.

Damit haben Leistungserbringer, Patienten, Kostenträger und Richter den notwendigen formalen Rahmen, um zukünftig angemessene Preise für Heilmitteltherapie besser bestimmen zu können.

Es gibt keine offizielle Gebührenordnung für Heilmittelerbringer

Ziel der GebüTh ist es, Transparenz in der Preisgestaltung von Heilmittelerbringern zu schaffen

S 1 Anwendungsbereich/Grundlage

(1) Die Vergütungen für berufliche Leistungen der Heilmittelerbringer sind nicht durch Gesetze oder Verordnungen in Deutschland bundeseinheitlich geregelt. Diese Gebührenübersicht (GebüTh) regelt die Abrechnung dieser Leistungen, soweit nicht abweichende Vereinbarungen etwas anderes bestimmen. Die GebüTh in der vom Leistungserbringer verwendeten Fassung ist Grundlage und Bestandteil der Honorarvereinbarung.

(1a) Vereinbarungen zwischen dem Patienten und seiner Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle sind der Praxis in der Regel nicht bekannt. Daher sind die unterschiedlichen Tarife der privaten Krankenversicherungen bzw. Bundes- und/oder Landesbeihilferichtlinien für Beamte und deren Familienangehörige für die Preisbildung im Rahmen der GebüTh nicht relevant und gelten ausdrücklich nicht als „abweichende Vereinbarung“ im Sinne von Absatz 1.

(2) Heilmittelerbringer sind freiberufliche oder angestellte Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Stimm-, Sprech- und Sprachlehrer sowie Podologen mit einer staatlichen Anerkennung gemäß dem jeweiligen Berufsgesetz.

(3) Die in dieser Gebührenübersicht festgelegten Vergütungen stellen eine Übersicht der in der Bundesrepublik Deutschland von Heilmittelerbringern abgerechneten üblichen Vergütungen dar und werden regelmäßig aktualisiert.

(3a) Diese Regelungen gelten unter der Überschrift „Allgemeine Grundsätze der Honorarberechnung in Therapiepraxen nach GebüTh (AGB)“ als Allgemeine Geschäftsbedingungen der Praxis im Sinne des § 305 BGB und sind in der jeweils aktuellen Version im Internet unter www.privatpreise.de veröffentlicht.

(4) Vergütungen darf der Heilmittelerbringer nur für Leistungen berechnen, die im Rahmen der berufsrechtlichen Regelungen erbracht werden und nach den Regeln der Heilkunde für eine medizinisch notwendige Heilmittelversorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß der notwendigen Heilmittelversorgung hinausgehen, darf er immer dann berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

S 2 Vereinbarung der Vergütungshöhe

(1) Verträge zwischen Praxis und Patient werden immer schriftlich vereinbart. Jeder Vertragspartner erhält eine Ausfertigung des unterschriebenen Vertrags.

(2) In den Verträgen sind die Namen der Vertragspartner, die Leistung (Therapieart gem. Leistungsübersicht, evtl. Anzahl, evtl. die Zusatz-

Die Vergütungen der GebüTh stellen eine Übersicht der in der Bundesrepublik Deutschland üblichen Heilmittelvergütungen dar

Leistungen werden nach den Regeln der Heilkunde und im berufsrechtlichen Rahmen erbracht

Honorarvereinbarungen immer schriftlich fixieren

qualifikation, evtl. Dauer), die Höhe der vereinbarten Vergütung je Einzelleistung sowie die Fälligkeit der Vergütung zu dokumentieren.

(3) Ist die Fälligkeit der Vergütung nicht ausdrücklich benannt, so ist die Vergütung stets nach Erbringung der Einzelleistung, jedoch spätestens zum Rechnungsdatum fällig.

(4) Die Gültigkeit/Laufzeit von Verträgen zwischen Praxis und Patient wird nur dann durch die der Heilmitteltherapie zugrundeliegende ärztliche Verordnung zeitlich begrenzt, wenn dies ausdrücklich im Vertrag vereinbart wurde. Eine Therapiepause von mehr als 12 Wochen beendet die Gültigkeit/Laufzeit des geschlossenen Vertrages.

(5) Der schriftliche Vertrag zwischen Praxis und Patient sollte immer auch den Hinweis enthalten, dass die Honorarvereinbarung unabhängig von der Erstattungspraxis der Kostenträger gilt.

Vergütungsvereinbarungen gelten auch über die Dauer einer Verordnung hinaus

§ 3 Gebühr/Vergütung/Honorar

(1) Gebühren sind Vergütungen bzw. Honorare für die in der GebüTh, insbesondere im Abschnitt Leistungsübersicht, genannten Heilmittel.

(2) Der Heilmittelerbringer kann Gebühren sowohl für selbstständig erbrachte Heilmittelbehandlungen berechnen als auch für Leistungen, die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden. Als eigene Leistungen gelten auch jene Leistungen, die von angestellten oder freiberuflichen Fachkräften gem. § 1 Abs. 2 in bzw. im Namen und Rechnung der Praxis des Heilmittelerbringers erbracht werden.

Leistungen gem. GebüTh können auch von Mitarbeitern unter Aufsicht nach Weisung des Heilmittelerbringers erbracht werden

(3) Leistungen in diesem Verzeichnis, die über die Anforderungen hinausgehen, die durch die staatliche Anerkennung im jeweiligen Berufsbild erfüllt werden, sind als Zertifikatsleistungen markiert. Solche Zertifikatsleistungen können vom Heilmittelerbringer nur abgerechnet werden, wenn er oder eine der seiner Weisung unterstellten Fachkräfte die Berechtigung zur Führung des Zertifikats haben und die Behandlung von dem Inhaber des Zertifikats durchgeführt wurde. Von dieser Regel kann nur ausnahmsweise, kurzfristig und aus medizinischen Gründen abgewichen werden, wenn z. B. aufgrund von Krankheit des Behandlers aus medizinischen Gründen eine Fortsetzung der Therapie trotzdem sinnvoll und erforderlich ist.

(4) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für allgemeinen Praxisbedarf sowie die Kosten für Geräte und Material abgegolten, soweit nicht in der Leistungsbeschreibung etwas anderes geregelt ist.

(5) Kosten, die nach Abs. 4 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden.

S 4 Bemessung der Gebühren für Leistungen der GebüTh

Die Gebühr für eine Leistung beträgt das 1,4- bis 2,3-fache des Regelsatzes. Regelsatz ist der jeweils höchste jemals vereinbarte GKV-Satz in Deutschland.

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich:

- nach dem 1,4- bis 2,3-fachen des in der GebüTh genannten Regelsatzes pro Leistungseinheit. Regelsatz ist immer der jeweils zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und den Heilmittelverbänden vereinbarte Höchstsatz für eine einzelne Leistung (bundeseinheitlicher Höchstsatz)

oder

- nach der vereinbarten Vergütung pro Behandlungsminute. Die Minutenpreiskorridore sind abhängig vom Fachbereich:
Physiotherapie: zwischen 1,48 € und 2,92 € pro Minute.
Logopädie: zwischen 1,33 € und 2,84 € pro Minute.
Ergotherapie: zwischen 1,40 € und 2,65 € pro Minute.
Podologie: zwischen 1,23 € und 2,43 € pro Minute.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens (1a oder 1b) sind die Gebühren unter Berücksichtigung der notwendigen berufsfachlichen Qualifikation, der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung, der notwendigen Vor- und Nacharbeit sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Auch regionale Aspekte können bei der Festlegung der Höhe der Gebühren eine Rolle spielen.

(3) Ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes bzw. oberen Minutenpreiswertes ist nur üblich, wenn Besonderheiten der in Satz 2 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen oder ein Honorar für einen Behandlungsfall vereinbart wurde. Überschreitungen müssen begründet werden.

(4) Leistungen, die nicht in der GebüTh stehen und nicht nach Minutenpreisen berechnet werden, werden analog (siehe S. 14) abgerechnet.

(5) Werden Leistungen in größerem Umfang erbracht, kann ab einer zuvor bestimmten Anzahl an Behandlungseinheiten ein geringerer Minutenpreis oder ein geringerer Steigerungsfaktor für diesen definierten Behandlungsfall vereinbart werden (Staffelpreis).

Überschreitungen des 2,3-fachen Satzes müssen begründet werden

S 5 Entschädigungen – Wegegeld

(1) Als Entschädigungen für Besuche erhält der Therapeut Wegegeld und eine Hausbesuchspauschale; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

(2) Der Therapeut kann für jeden Besuch eine Hausbesuchspauschale gem. Leistungsübersicht berechnen, die in der Regel mit dem 1,4-fachen des Regelsatzes berechnet wird.

(3) Wegegeld kann entweder als Pauschale oder aber als Wegegeld je Kilometer gem. Regelsatz der Leistungsübersicht abgerechnet werden.

Bei Hausbesuchen werden eine Hausbesuchspauschale und Wegegeld berechnet

(4) Werden öffentliche Verkehrsmittel genutzt oder ist eine Übernachtung erforderlich, so erhält der Therapeut anstelle eines Wegegeldes die dafür notwendigen Aufwendungen.

§ 6 Ersatz von Auslagen

(1) Neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden

- a. die Kosten für diejenigen Verband-, Therapiemittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 oder in der Leistungsübersicht nichts anderes bestimmt ist,
- b. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung gem. Leistungsübersicht nicht ausgeschlossen ist.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für allgemeinen Praxisbedarf, Kleinmaterialien, Einmalartikel sowie Material, das gem. Leistungsübersicht bereits mit den Gebühren abgegolten ist. Für die Versendung der Rechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.

Material kann nur in Rechnung gestellt werden, wenn es beim Patienten verbleibt oder durch die Leistungserbringung verbraucht wird

Porto für den Rechnungsversand kann nicht berechnet werden

§ 7 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung

(1) Die Fälligkeit der Vergütung richtet sich nach dem Honorarvertrag gem. § 2 Abs. 2 bzw. nach der Regelung des § 2 Abs. 3.

(2) Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den Zahlungspflichtigen/Patienten als auch für mögliche Kostenträger übersichtlich und nachvollziehbar sein.

(3) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

- a. Vor- und Zuname des Patienten
- b. Bezugnahme auf ärztliche Diagnose/Verordnung (wenn relevant)
- c. Jede Einzelleistung mit Bezeichnung, optional mit der entsprechenden GebüTh-Ziffer und Mindestdauer (wenn essentieller Bestandteil der Leistungsbeschreibung)
- d. Berechnungsfähige Materialkosten je Einzelleistung
- e. Jeden Einzelbetrag der entsprechenden Leistung sowie den Steigerungssatz
- f. Hinweis auf Umsatzsteuerbefreiung bei Heilbehandlungen, z. B.: „Der Rechnungsbetrag ist umsatzsteuerfrei gemäß § 4 Nr. 14 UStG.“

(4) Überschreitet eine berechnete Gebühr nach § 4 Abs. 1 das 2,3-fache des Regelsatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen/Patienten verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen.

Die Rechnung muss für den Patienten und die Kostenträger nachvollziehbar sein

Die Allgemeinen Grundsätze schaffen einen klaren Rahmen für die Nutzung der GebüTh

Die GebüTh ist als AGB fester Bestandteil des Honorarvertrags zwischen Praxis und Patient

Der § 2 beschreibt die Grundlage und die Mindestanforderungen an eine Vereinbarung der Honorarhöhe

Kommentar zu Allgemeine Grundsätze

Das seit der vierten Auflage bewährte Kapitel Allgemeine Grundsätze ist ein fester Bestandteil der GebüTh geworden. Damit wurde aus der früheren, wenig verbindlichen Einleitung ein klar gegliederter Rahmen, der Definitionen vornimmt, Zusammenhänge erläutert und verbindliche Vorgaben für die Abrechnung zwischen Heilmittelpraxis und Privatpatient gibt. Diese allgemeinen Grundsätze stellen so etwas wie die „Allgemeinen Geschäftsbedingungen“ der Heilmittelpraxen dar, lassen sich also zum Beispiel dazu nutzen, um etwaige Streitigkeiten zu schlichten.

Zu: § 1 Anwendungsbereich/Grundlagen

Dieser Abschnitt regelt die allgemeinen Grundlagen der Abrechnung zwischen Praxis und Privatpatient bzw. Selbstzahler. Dazu gehören der Hinweis auf das Fehlen anderer Gebührenordnungen, der Geltungsbereich, die Definition des Begriffes Heilmittelerbringer sowie der Hinweis auf die berufsrechtlichen Regelungen, der hier eine verbindliche Bindungswirkung entfaltet.

In der 10. Auflage hinzugekommen ist noch einmal der ausdrückliche Hinweis darauf, dass Verträge zwischen dem Patienten und seinen Kostenträgern (PKV und Beihilfe) kein Bestandteil des Vertrags sind. Ebenfalls neu seit der 10. Auflage ist der Hinweis in Absatz 3a, der die Regeln der GebüTh als Praxis-AGB explizit einführt.

In Absatz 4 wird noch einmal deutlich gemacht, dass jede Abrechnung gem. GebüTh grundsätzlich auf einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung basiert. Fälle, in denen eine medizinische Notwendigkeit nicht gegeben ist, müssen bei Vertragsabschluss und Abrechnung ausdrücklich als Sonderfall bei der Rechnungsstellung ausgewiesen werden. Damit sollten sich Diskussionen über die Erstattungsfähigkeit von Leistungen, die gem. GebüTh erbracht und abgerechnet werden, erübrigen.

Zu: § 2 Vereinbarung der Vergütungshöhe

Dieser Abschnitt der GebüTh schreibt verbindlich den Abschluss einer Honorarvereinbarung vor. Dazu werden regelungsbedürftige Sachverhalte benannt, die als Mindestanforderung in einer Honorarvereinbarung enthalten sein müssen:

Namen der Vertragspartner, Art und Kosten der Therapie. Die Anzahl der Therapieeinheiten wird in der Regel nicht vereinbart, jeder Behandlungstermin wird zum vereinbarten Honorar erbracht und abgerechnet. Es sind jedoch Fälle denkbar, in denen auch die Anzahl der Therapieeinheiten Teil der Vereinbarung sein kann.

In Absatz 4 wird die Laufzeit des Vertrages (Honorarvereinbarung) auf den jeweiligen Behandlungsfall begrenzt. Damit ist si-

chergestellt, dass ein einmal geschlossener Vertrag auch mehrere ärztliche Verordnungen umfassen kann. Eine Vereinbarung noch kürzerer Laufzeiten, z. B. begrenzt auf die Dauer einer ärztlichen Verordnung, ist möglich. Ein neuer Behandlungsfall löst in der Regel auch die Notwendigkeit aus, einen neuen Vertrag abzuschließen.

Ein Behandlungsfall beginnt durch die Feststellung einer Indikation zur Heilmitteltherapie, in der Regel in Form einer vom Arzt übermittelten Diagnose und optional übermittelten Leitsymptomatik. Alle therapeutischen Interventionen hinsichtlich dieser Diagnose gehören zu dem Behandlungsfall, auch dann, wenn sich z. B. eine Leitsymptomatik unter der Therapie verändert. Sobald ein therapiefreies Intervall von mehr als 12 Wochen entsteht, beginnt auch bei identischer Indikation ein neuer Behandlungsfall.

Das Bundesministerium des Inneren hat sich in seiner Eigenschaft als oberster Dienstherr der Bundesbeamten mehrfach zu den Bedingungen der Erstattung von Heilmittelkosten im Rahmen des Beihilfeverfahrens geäußert. Nach Ansicht des Bundesministeriums des Inneren sind die beihilfefähigen Höchstsätze für Heilmitteltherapie „nicht kostendeckend“. Deshalb müssten alle Beihilfeberechtigten damit rechnen, in einem gewissen Umfang Eigenanteile zu der Heilmitteltherapie leisten zu müssen. Das Ministerium weist dabei auch ausdrücklich darauf hin, dass diese Eigenbeteiligung im Sinne einer Gleichbehandlung der Beihilfeberechtigten mit den GKV-Mitgliedern erwünscht sei. Da viele Privatpatienten aber davon ausgehen, sie müssten für Heilmitteltherapie nichts selbst dazubezahlen, empfiehlt es sich, in der Vereinbarung der Vergütungshöhe ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Vereinbarung auch dann gilt, wenn Erstattungsstellen nicht voll erstatten. Eine entsprechende Musterformulierung könnte lauten: „Diese Vereinbarung ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist.“

Wichtige Hinweise für die Anwendung der Honorarvereinbarung in der Praxis werden angeführt

Zu: § 3 Gebühr/Vergütung/Honorar

Die Gebühren der GebüTh beziehen sich immer auf die in der GebüTh benannten Leistungen. Eine Leistung gilt auch dann als erbracht und abgerechnet, wenn diese Leistung durch einen beauftragten Dritten erbracht wird. Auch beauftragte Dritte müssen die Anforderungen des § 1 Abs. 2 erfüllen. Bisher gab es keine vertraglichen Regelungen, die im Bereich der PKV qualitative Standards hinsichtlich der Leistungserbringung und Abrechnung der im GKV-Bereich sogenannten Zertifikatsleistungen gesetzt haben. Das wird jetzt über die GebüTh im Absatz 3 geregelt, indem hier eine freiwillige Verpflichtung des Leistungserbringers festgeschrieben wird, die Zertifikatsleistungen nur dann abzurechnen, wenn die durchführenden Therapeuten über die notwendigen Qualifikationsnachweise verfügen. In Ausnahmefällen kann auch ein weniger

Standards in der Leistungserbringung werden festgelegt

Bisher Ungeregeltes wie Materialkostenverrechnung wird geregelt

qualifizierter Therapeut die Leistung erbringen, wenn dies aus medizinischen Gründen sinnvoll erscheint und die Erreichung des therapeutischen Ziels nicht gefährdet ist.

Ergänzend ist hier in Absatz 4 geregelt, dass die Gebühren Inklusivpreise sind, die zusätzliche Materialkosten nur in definierten Ausnahmefällen zulassen.

Zu: § 4 Bemessung der Gebühren für Leistungen der GebüTh

Während es vor 10 Jahren noch üblich war, dass die von den Therapeuten durchgeführten Behandlungen weitestgehend den Leistungsbeschreibungen der GKV entsprachen (insbesondere Leistungsart und -dauer), ist es inzwischen durchaus üblich, Behandlungen zu erbringen, die von der GKV-Leistungsbeschreibung abweichen. Die Richtbehandlungszeiten der Beihilfe weichen beispielsweise an vielen Stellen von Mindestbehandlungszeiten der GKV ab. Bei der Festlegung des Behandlungspreises müssen also zwei Faktoren berücksichtigt werden: die Höhe des Preises sowie die mit diesem Preis definierte Leistung.

Deswegen gibt es in der GebüTh drei Formen der Preisbildung:

1. Steigerungsfaktor auf den Regelsatz

Wenn eine Leistung gemäß GKV-Leistungsbeschreibung verordnet worden ist und auch so erbracht werden soll, nimmt die GebüTh als Basis für alle Berechnungen den Kassensatz der GKV (Regelsatz) für die Leistung gem. Leistungsübersicht. Sie regelt über einen Multiplikator eine praxisindividuelle Preisgestaltung innerhalb eines definierten Bereiches (1,4-fach bis 2,3-fach). Dabei soll dieser Bereich nur in Ausnahmefällen unter- oder überschritten werden. Das gleiche gilt, wenn der Therapeut aus Kulanzgründen auf diese Leistungsbeschreibung Bezug nimmt, um die Erstattungsfähigkeit seines Honorars bei der PKV zu verbessern.

Die Höhe des Multiplikators wird anhand der in Absatz 2 genannten Kriterien festgelegt. So ist es beispielsweise naheliegend, dass ein junger Berufsanfänger deutlich weniger Erfahrung hat als ein langjährig tätiger Kollege. Dieser Unterschied wird über unterschiedliche Multiplikatoren abgebildet. Im Normalfall würde hier mit dem 1,6- bis 1,8-fachen Satz abgerechnet. Das wäre aus Sicht des beruferfahrenen Kollegen dann korrekt, wenn für die konkrete Leistungserbringung keine besonderen Kenntnisse nötig waren. Im Fall der Behandlung durch den Berufsanfänger würde man hier einen Abschlag vom Normalfall vornehmen, der im Ergebnis bis zum 1,4-fachen des Regelfalls hinuntergehen könnte. Die Kriterien in Absatz 2 sind nur Beispiele für eine Preisdifferenzierung, keine abschließende Auflistung.

Festlegungsmöglichkeiten für die Höhe des Multiplikatorwertes werden erläutert

Zu den einzelnen Kriterien:

- **Berufsfachliche Qualifikation:** Aufschläge zum Normalfall (s. o.) lassen sich in diesem Bereich durch besonders lange oder hoch spezialisierte Berufserfahrung in bestimmten Indikations- und/oder Fachgebieten begründen. Überdurchschnittliche Qualifikationen durch therapiefördernde Fortbildungen können ebenfalls zu Aufschlägen führen. Achtung: Wird eine besondere Qualifikation (z. B. Manuelle Therapie) bereits durch einen höheren Regelsatz abgebildet, darf das keine Begründung für einen erhöhten Multiplikator sein. Abschläge sind angebracht für fehlende Berufserfahrung und unterdurchschnittliche Fortbildungen.
- **Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistung:** Wenn Leistungen schwieriger als im Normalfall zu erbringen sind, beispielsweise aus Gründen, die in der Person des Patienten zu suchen sind (bspw. seltene Krankheitsbilder, Multimorbidität, notwendige Doppelmobilisationen), rechtfertigt dies einen höheren Multiplikator. Eine längere Therapiedauer als die Mindestbehandlungsdauer der GKV rechtfertigt ebenfalls einen Aufschlag auf den Normalfall.
- **Vor- und Nacharbeit:** Bedingen die Rahmenbedingungen eines konkreten Behandlungsfalls einen Mehraufwand bei der Vor- bzw. Nacharbeit, kann dies über einen erhöhten Multiplikator berechnet werden (bspw. besondere hygienische Anforderungen, spezielle indikationsbezogene Dokumentationen, integrierte Fallberatung und Kommunikation mit anderen Leistungserbringern soweit nicht durch konkrete Leistungspositionen abrechenbar).
- **Umstände bei der Ausführung:** Stellt sich z. B. die räumliche Situation bei der Leistungserbringung als besonders therapiefördernd dar, kann dies einen höheren Multiplikator rechtfertigen. Bei diesem Kriterium geht es um apparative und/oder räumliche Aspekte, die therapiefördernd sind und deutlich von der Normalpraxis abweichen, z. B. schadstofffreie Praxis für Allergiker, Feng Shui Einrichtung, spezielle Farbausstattung der Räume zur energetischen Aktivierung des Patienten, besondere Therapiegeräte, Computer- oder anderer Hilfsmitelesinsatz über die Normalausstattung einer Praxis hinaus.
- **Regionale Aspekte:** Regionale Aspekte wie z. B. die unterschiedliche Konkurrenzsituation für Praxen auf dem Land oder in der Stadt können ein den Multiplikator mindernder Faktor sein.

Honorardifferenzierungsmöglichkeiten werden aufgezeigt

2. Minutenpreis

Ist die verordnete Leistung in der GKV Leistungsbeschreibung nicht vorhanden (z.B. Osteopathie), verwenden Sie eigene abweichende Leistungsbeschreibungen in Ihrer Praxis oder weicht die Dauer der Leistungserbringung von der GKV-Leistungsbeschreibung ab, so kann alternativ als Berechnungsgrundlage ein Minutenpreis vereinbart

werden. Die einschlägigen Minutenpreiskorridore finden Sie im § 4 Absatz 1 b. So ist sichergestellt, dass bei abweichender Leistungsdauer – also längere oder kürzere Behandlungszeit – ein angemessener Preis berechnet werden kann.

Die Ermittlung der Minutenpreise in der GebüTh erfolgt nach denselben Kriterien, wie bei den Festlegungen der Multiplikatoren auf den Regelsatz. Im Ergebnis ergeben sich unabhängig von dem Modell der Preisfindung vergleichbare Preise für dieselben Leistungen.

Der Preis für die Therapie wird also anhand der Behandlungszeit ermittelt. Den kalkulierten Preis pro Minute multipliziert die Praxis mit der Behandlungsdauer in Minuten: Minutenpreis x Dauer (in Min.).

Die Höhe des Minutenpreises für einen konkreten Behandlungsfall wird vom Therapeuten nach billigem Ermessen festgelegt. Sie richtet sich nach denselben Kriterien wie in § 4 Abs. 2 GebüTh. Insofern gelten hier dieselben Erklärungen wie schon oben ausgeführt.

In Absatz 3 wird für das Überschreiten des 2,3-fachen Satzes oder des Höchstsatzes des Minutenpreises festgelegt, dass es dazu eines auf der Rechnung schriftlich begründeten Ausnahmefalls bedarf. Ein solcher Ausnahmefall liegt z. B. auch immer dann vor, wenn der Leistungserbringer in einer Vereinbarung der Vergütungshöhe mit dem Patienten die Zielerreichung zu einem bestimmten Datum vereinbart hat, oder eine klare prognostische Einschätzung über die Erreichung des Therapieziels abgegeben hat, das innerhalb einer bestimmten Anzahl von Therapieeinheiten liegt. Bei vom Therapeuten in Abstimmung mit dem Patienten festgelegten bestimmten Zielvereinbarungen handelt es sich immer nur um eine fachliche Einschätzung, die im Verlauf der Behandlung auch stark korrigiert werden kann. Solche Vereinbarungen sind trotz der prognostischen Einschätzung nicht als Werkvertrag im Sinne des § 631 ff. BGB anzusehen, sondern gelten weiterhin als Dienstvertrag.

Beispiele für die Überschreitung des Höchstsatzes werden beschrieben

3. Analoge Leistungen

Leistungen, die nur in einzelnen Heilmittelbereichen in den Leistungsbeschreibungen der GKVen vereinbart sind, können auf die anderen Bereiche übertragen werden.

Darüber hinausgehende Leistungen, die beispielhaft als „Weitere Leistungen“ jeweils am Ende der Gebührenübersicht stehen, werden wie in Absatz (4) beschrieben analog berechnet: Es wird nach einer Position abgerechnet, die nach Aufwand der Zeit, der Art (Schwierigkeitsgrad) und dem Kostenaufwand (z. B. Einsatz von Apparaten) gleichwertig ist. Dabei ist nicht der Inhalt der Leistungsbeschreibung ausschlaggebend.

Sonderfall Staffelpreise

Werden Leistungen in größerem Umfang (z. B. ab 30 Behandlungseinheiten) von Patienten in Anspruch genommen, die dauerhaft einer Heilmitteltherapie bedürfen, kann die Praxis einen individuellen Preisnachlass in Form von Staffelpreisen gewähren (s. Abs. 5). So ein „Mengenrabatt“ kann beispielsweise realisiert werden, indem Sie einen niedrigeren Steigerungsfaktor oder einen niedrigeren Minutenpreis für den konkreten Behandlungsfall vereinbaren.

Das kommt zum Beispiel dann in Frage, wenn klar ist, dass eine Behandlung über einen längeren Zeitraum erforderlich sein wird und der Patient mit einer erheblichen Eigenbeteiligung rechnen muss.

Mit Staffelpreisen können Sie die Kosten für chronisch Kranke senken und gleichzeitig die normalen Privatpreise auf einem angemessenen Niveau halten.

Preisuntergrenze festsetzen

Generell bleibt festzuhalten, dass trotz anderslautender Vereinbarungen mancher PKV-Tarife, Leistungen zu Preisen auf Beihilfeniveau nicht kostendeckend für Privatpatienten erbracht werden können. Die Preisuntergrenze für Privatpatienten/Selbstzahler ist je Position in der Leistungsübersicht definiert. Die Preisuntergrenze ergibt sich aus dem Bundesbeihilfesatz + 11 %. Das jedenfalls entspricht dann auch dem politisch motivierten Ziel, wonach auch Beihilfeberechtigte eine Eigenanteil im Umfang der Zuzahlung eines GKV-Patienten tragen sollen.

Zu: § 5 Entschädigungen – Wegegeld

Im Gegensatz zu den Regelungen der GKV können privatversicherte Patienten und Selbstzahler durchaus auch zu Hause oder bei der Arbeit ihre Behandlung erhalten. Der Ort der Leistungserbringung spielt im Rahmen der GebüTh und auch bei den meisten Erstattungsstellen keine Rolle und ist nicht weiter eingeschränkt, als dies durch allgemeine gesetzliche Regelungen (z. B. Hygienebestimmungen) der Fall ist. Im Abschnitt Entschädigungen/Wegegeld werden die Rahmenbedingungen für die Berechnung des Wegegeldes festgelegt.

Zu: § 6 Ersatz von Auslagen

Grundsätzlich sind mit der Abrechnung einer Heilmitteltherapie auch die üblichen laufenden Kosten des dazu notwendigen Praxisbetriebs abgegolten. Allerdings gibt es Leistungen, bei denen das Material gesondert berechnet werden kann. Das gilt insbesondere für solche Leistungen, bei denen der Materialverbrauch zu Beginn der Behandlung

Hinweis für die Verrechnung von Materialkosten

nur schwer vorauszusagen ist, z. B. Material für die Erstellung von Schienen, Verbandsmaterial bei Kompressionsbandagen oder Tapeverbänden. Grundsätzlich gilt, dass eine Berechnung von Auslagen immer dann möglich ist, wenn dies nicht in der Leistungsbeschreibung ausgeschlossen wird.

Zu: § 7 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung

Die Fälligkeit der Vergütung kann gem. § 2 in der „Vereinbarung der Vergütungshöhe“ festgelegt werden. Hier wendet die GebÜTh noch einmal ausdrücklich die einschlägige Regelung des Bürgerlichen Gesetzbuches an: Ist die Fälligkeit der Vergütung nicht ausdrücklich benannt, so ist die Vergütung stets nach Erbringung der Einzelleistung, jedoch spätestens zum Rechnungsdatum fällig.

Die Fälligkeit der Vergütung richtet sich also keineswegs nach dem Zeitpunkt der Erstattung der Rechnung durch Erstattungsstellen.

Üblicherweise findet eine Abrechnung zum letzten Behandlungstermin einer Heilmittelverordnung statt, ersatzweise nach 10 abgeschlossenen Behandlungsterminen. Eine längere Fälligkeit kann vereinbart werden, wird aber regelmäßig mit einer vereinfachten Zahlungsabwicklung verbunden, z. B. einer Einwilligung des Patienten zur Begleichung der Rechnung durch Lastschriftinzug.

Eine Rechnung muss formal korrekt sein, damit es für den Patienten möglichst einfach ist, die Rechnung bei möglichen Erstattungsstellen einzureichen.

In Abs. 4 wird die Pflicht zur schriftlichen Begründung bei Überschreitung des 2,3-fachen Regelsatzes noch einmal ausdrücklich festgelegt. Die Benutzung von vorformulierten Textbausteinen zur Begründung ist bei inhaltlicher Relevanz der Begründung ausreichend, um die Überschreitung zu erklären.

Hinweis auf die rechtlichen Grundlagen der Fälligkeit von Honoraren

Beschreibung der Mindestanforderungen an eine Rechnung



Hier finden Sie die Allgemeinen Grundsätze als Download für Ihre Patienten.

PS: Niemand hat Lust, sich mit Privatpatienten über vermeintlich hohe Privatpreise zu streiten. Wie viel besser wäre es, zusammen gegen zweifelhafte Erstattungspraxen der Versicherungen vorzugehen? Therapeuten können Patienten in Zukunft dabei helfen, das Vorgehen ihrer privaten Krankenversicherung rechtlich zu prüfen. Damit delegieren Sie das Problem aus ihrer Praxis heraus. Mit der roten Karte bietet die buchner consulting gmbh auf der Internetseite www.privatpreise.de einen Service an, der es Privatpatienten ermöglicht, das Abrechnungsverhalten der eigenen Krankenversicherung mit den vereinbarten Tarifbestimmungen abzugleichen. Wie das genau funktioniert und wie man an eine solche rote Karte kommt, erfahren Sie direkt auf der Homepage.



PPS: Probleme mit der Kommunikation an Mitarbeiter und Patienten? Angst vor der Durchsetzung höherer Preise? Wir helfen Ihnen gerne weiter. Im Seminar „Privatpreise ohne Diskussion“ erhalten Sie alle Informationen und Motivation, um in Zukunft angemessen für Ihre erstklassige Therapie bezahlt zu werden. Veranstaltungstermine finden Sie unter www.buchner.de/shop/seminare-e-learning.html.

Die Leistungsübersicht kurz erklärt:

Auf den nachfolgenden Seiten finden sie die Preislisten mit Leistungsbeschreibungen, Positionsnummern und den Preisen mit dem Regelsatz und den jeweiligen Steigerungssätzen. Zusätzlich finden Sie in dieser Auflage eine weitere Spalte mit den aktuellen beihilfefähigen Höchstsätzen.

Eines noch Vorweg: Generell sind Sie in der Gestaltung Ihrer Privatpreise komplett frei. Aber häufig ist es gut, sich auf anerkannte Preisverzeichnisse zu beziehen und diese als Gestaltungsgrundlage zu nutzen. So wird die eigene Preisgestaltung für Ihre Patienten besser nachvollziehbar und verständlich. Privatpatienten kennen dieses Vorgehen bereits von Ärzten, die auch mit einem Preisverzeichnis und entsprechenden Steigerungssätzen arbeiten. Auf dieser Basis wird abgerechnet, da gibt es keinen Grund zu diskutieren. Die GebüTh und Ihre Grundsätze bedienen sich dieser den Patienten bekannten Vorgehensweise. Sie dienen Ihnen dementsprechend als Leitfaden und unterstützender Rahmen bei Ihrer Privatpreisgestaltung. Bei Bedarf können Sie sie Ihren Bedürfnissen entsprechend modifizieren.

- **Zu den Leistungsbeschreibungen:** Als Grundlage der GebüTh dienen die Leistungsbeschreibungen der GKV¹. Wie bereits erwähnt, sind Sie in Ihrer Preisgestaltung frei. Dementsprechend obliegt auch die Ausgestaltung und der Umfang Ihrer Leistungen Ihrer Verantwortung. Die hier genutzten Leistungsbeschreibungen dienen entsprechend als Richtlinie, können aber modifiziert werden.
- **Leistungen, die nicht in der GebüTh aufgeführt sind:** Unter Umständen bieten Sie in Ihrer Praxis auch Leistungen an, die in der GebüTh nicht abgebildet werden. Das können beispielsweise Leistungen sein, die über die klassische Heilmitteltherapie hinausgehen, z. B. im Bereich von Wellness, Osteopathie, Pädagogik, Gesundheitsberatung. Hier können Sie analog zu den Leistungen aus diesem Gebührenverzeichnis weitere Positionen ergänzen und mit entsprechenden Steigerungssätzen versehen. Die Preise hierfür kalkulieren Sie entsprechend nach Ihrem Aufwand oder suchen sich eine in der GebüTh aufgeführte Leistung, die nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertig oder vergleichbar ist und nehmen diesen Preis als Basis. Solche Leistungen können gem. § 1 Abs. 4 GebüTh nur dann berechnet werden, wenn die Leistungserbringung auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten/Kunden erfolgt.

¹ vgl. Anlagen zu den Rahmenempfehlungen für eine einheitliche Versorgung mit Heilmitteln nach § 125 Abs. 1 SGB V

- **Zu den Positionsnummern:** Leistungsbeschreibungen in dieser Übersicht, die sich wenigstens teilweise auf Leistungsbeschreibungen der GKV beziehen, sind mit der bundeseinheitlichen fünfstelligen Heilmittelpositionsnummer versehen. Analoge Leistungen, die bei der GKV nur für einen anderen Heilmittelbereich vorgesehen sind, haben die entsprechende Nummer des betreffenden Heilmittelbereichs und sind mit einem Sternchen markiert (z. B. Pos. 33010, Ausführl. Befund/Erstuntersuchung, gibt es bei der GKV nur für Logopädie; hier wird der entsprechende Preis als Regelsatz auch für Ergo- und Physiotherapie sowie Podologie angesetzt).
- **Zu den Preisen:** Der in der GebüTh definierte Regelsatz dient als Ausgangsbasis zur Preisgestaltung. Die hier aufgeführten Regelsätze basieren auf den bundeseinheitlichen Höchstpreisen für eine einzelne Leistung (§ 4 Abs 1 GebüTh). Dementsprechend handelt es sich beim Regelsatz um einen Preis für gesetzlich Versicherte. Ausgehend von diesem Basispreis stellen Sie Ihren Privatpatienten je nach Aufwand und Umfang Ihrer erbrachten Leistung den mit einem Steigerungssatz versehenen Preis in Rechnung. Die Steigerungssätze sind Vorschläge zur Orientierung. Verwenden Sie sie gemäß § 4 (S. 8) und gemäß dem ergänzenden Kommentar zu § 4 (S. 12).
- **Zu Preisuntergrenzen:** Manche Privatpatienten argumentieren – instruiert von ihrer PKV – mit den Beihilfesätzen. Klären Sie sie dann darüber auf, dass die Beihilfe keineswegs eine Preisliste für Privatpreise darstellt. Vielmehr ergänzt die Beihilfe laut Bundesinnenministerium lediglich die zumutbare Eigenvorsorge der Beamten und stellt keine Vollversicherung dar. Es ist ausdrücklich politisch gewollt, dass Patienten einen Eigenanteil übernehmen – ähnlich wie die GKV-Patienten.
Als Preisuntergrenze für Privatpatienten empfehlen die Autoren der GebüTh den 1,4-fachen Regelsatz der GKV oder für Beihilfepatienten den 1,11-fachen Satz der Bundesbeihilfe (s. auch Kommentar zu § 4, S. 15).

20 Physiotherapeutische Heilmittel

	Befunderhebungen	Steigerungssätze			Preisuntergrenze ¹	
		Regelsatz	1,4	1,8		2,3
21301	Kurze Befunderhebung	13,00	18,20	23,40	29,90	18,32
23010*	Ausführl. Status/Befunderhebung/Durchführung normierter und standardisierter Testverfahren; 1x pro Behandlungsfall; Regelbehandlungszeit der GKV 60 min.****	95,59	133,83	172,06	219,86	119,88
Physiotherapie						
20501	Physiotherapeutische Behandlung, auch auf neurophysiologischer Grundlage, als Einzelbehandlung. Mindestbehandlungszeit der GKV: 15 min.	21,11	29,55	38,00	48,55	28,53
20601	Physiotherapie in der Gruppe mit 2-5 Patienten*** Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	9,45	13,23	17,01	21,74	9,10
20507	Gerätegestützte Physiotherapiebehandlung ² , parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten***; Regelbehandlungszeit der GKV: 60 min. je Patient	39,74	55,64	71,53	91,40	51,28
20702	Physiotherapie (Atemtherapie) zur Behandlung von Mucoviscidose und schweren Erkrankungen mit vergleichbarem pulmonalen Schädigungsmuster als Einzelbehandlung; Regelbehandlungszeit der GKV: 60 min.	63,34	88,68	114,01	145,68	79,25
21801	Inhalationstherapie als Einzelbehandlung Mindestbehandlungszeit der GKV: 5 min.	8,79	12,31	15,82	20,22	9,77
20708	Physiotherapie zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzelbehandlung ² Mindestbehandlungszeit der GKV: 30 min.	41,90	58,66	75,42	96,37	50,28
20709	Physiotherapie zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzelbehandlung ² Mindestbehandlungszeit der GKV: 30 min.	41,90	58,66	75,42	96,37	50,28

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

Die 2 am Anfang der Nummer ist bei den Positionen, die von Masseuren und med. Bademeistern erbracht werden, durch die Ziffer 1 zu ersetzen.

	Physiotherapie	Steigerungssätze			Preisuntergrenze ¹	
		Regelsatz	1,4	1,8		2,3
20710	Physiotherapie zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzelbehandlung ^Z Mindestbehandlungszeit der GKV: 25 min.	33,52	46,93	60,34	77,10	37,52
20711	Physiotherapie zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzelbehandlung ^Z Mindestbehandlungszeit der GKV: 25 min.	33,52	46,93	60,34	77,10	37,52
20712	Physiotherapie zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach PNF als Einzelbehandlung ^Z Mindestbehandlungszeit der GKV: 25 min.	33,52	46,93	60,34	77,10	37,52
20805	Physiotherapie in der Gruppe bei cerebrally bedingten Funktionsstörungen für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (2-4 Kinder) ^{Z***} Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	11,81	16,53	21,26	27,16	15,87
21201	Manuelle Therapie ^Z Mindestbehandlungszeit der GKV: 15 min.	23,35	32,69	42,03	53,71	32,97
21104	Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	6,15	8,61	11,07	14,15	9,77
20902	Physiotherapie im Bewegungsbad, einschließlich erforderlicher Nachruhe, Einzelbehandlung; Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	24,13	33,78	43,43	55,50	34,63
21004	Physiotherapie im Bewegungsbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Gruppenbehandlung mit 2-3 Patienten ^{***} Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	17,21	24,09	30,98	39,58	21,65
21005	Physiotherapie im Bewegungsbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Gruppenbehandlung mit 4-5 Patienten ^{***} Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	11,37	15,92	20,47	26,15	17,32

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

22 Physiotherapeutische Heilmittel

	Physiotherapie	Steigerungssätze			Preisuntergrenze ¹	
		Regelsatz	1,4	1,8		2,3
21901	Unterweisung zur Geburtsvorbereitung Unterweisungsdauer: 60 min., maximal 14 Stunden	8,37	11,72	15,07	19,25	
21904	Rückbildungsgymnastik; Unterweisungsdauer: 60 min., maximal 10 Stunden	8,37	11,72	15,07	19,25	
22001	Standardisierte Heilmittelkombination D1 (KG+KG-Gerät+MT+KMT+Wärme-/Kältetherapie+Elektrotherapie, zusätzl. ggf. hydroelektr. Bäder, Elektrostimulation, Traktion, Peloid-Vollbäder); Regelbehandlungszeit der GKV: 60 min.	50,17	70,24	90,31	115,39	
Bewegungstherapie						
20301	Übungsbehandlung - Einzelbehandlung Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	9,75	13,65	17,55	22,43	11,32
20401	Übungsbehandlung - Gruppenbehandlung mit 2-5 Pers.*** Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	6,00	8,40	10,80	13,80	7,33
20306	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik) Mindestbehandlungszeit der GKV 15 min.	14,54	20,36	26,17	33,44	21,09
20305	Übungsbehandlung im Bewegungsbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Einzelbehandlung; Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	23,41	32,77	42,14	53,84	34,63
20402	Übungsbehandlung im Bewegungsbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Gruppenbehandlung mit 2-3 Pat.*** Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	17,10	23,94	30,78	39,33	21,65
20405	Übungsbehandlung im Bewegungsbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Gruppenbehandlung mit 4-5 Pat.*** Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	11,60	16,24	20,88	26,68	17,32

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

	Massage	Steigerungssätze			Preisuntergrenze ¹	
		Regelsatz	1,4	1,8		2,3
20106	Klassische Massagetherapie (KMT) einzelner oder mehrerer Körperteile Mindestbehandlungszeit der GKV: 15 min.	15,40	21,56	27,72	35,42	20,20
20107	Bindegewebsmassage (BGM) einzelner oder mehrerer Körperteile Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	18,50	25,90	33,30	42,55	20,20
20108	Reflexzonentherapie, Segment-, Periost-, Colon-Massage, einzelner oder mehrerer Körperteile; Mindestbehandlungszeit der GKV: 15 min.	15,40	21,56	27,72	35,42	20,20
20102	Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe Mindestbehandlungszeit der GKV: 15 min.	24,03	33,64	43,25	55,27	33,86
Manuelle Lymphdrainage						
20205	MLD Teilbehandlung ² , Regelbehandlungszeit der GKV: 30 min.	25,62	35,87	46,12	58,93	28,53
20201	MLD Großbehandlung ² , Regelbehandlungszeit der GKV: 45 min.	38,42	53,79	69,16	88,37	42,74
20202	MLD Ganzbehandlung ² , Regelbehandlungszeit der GKV: 60 min.	51,23	71,72	92,21	117,83	64,71
20204	Kompressionsbandagierung einer Extremität	16,32	22,85	29,38	37,54	13,76
Wärme- und Kältetherapie						
21501	Warmpackung einzelner oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe; Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	11,51	16,11	20,72	26,47	17,32
21517	Wärmeanwendung mittels Heißluft als strahlende Wärme zur Muskeldetonisierung und Schmerzlinderung; Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	5,29	7,41	9,52	12,17	8,33
21530	Heiße Rolle; Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	9,59	13,43	17,26	22,06	15,10

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

24 Physiotherapeutische Heilmittel

Wärme- und Kältetherapie		Steigerungssätze			Preisuntergrenze ¹	
		Regelsatz	1,4	1,8		2,3
21531	Ultraschall, Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	10,44	14,62	18,79	24,01	13,21
21532	Bäder mit Peloiden z. B. Fango, Schlick oder Moor als Vollbad Mindestbehandlungszeit der GKV: 15 min.	39,45	55,23	71,01	90,74	58,50
21533	Bäder mit Peloiden z. B. Fango, Schlick oder Moor als Teilbad Mindestbehandlungszeit der GKV: 15 min.	30,51	42,71	54,92	70,17	48,06
21534	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen Mindestbehandlungszeit der GKV: 5 min.	8,51	11,91	15,32	19,57	14,32
Medizinische Bäder						
21703	Sitzbad	8,37	11,72	15,07	19,25	19,54
21705	Vollbad	11,83	16,56	21,29	27,21	27,08
21714	Kohlensäurebad, Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	19,75	27,65	35,55	45,43	28,53
21732	Kohlensäuregasbad (CO ₂ Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	18,73	26,22	33,71	43,08	30,75
21733	Kohlensäuregasbad (CO ₂ Trockenbad) als Teilbad Mindestbehandlungszeit der GKV: 45 min.	18,73	26,22	33,71	43,08	30,75
Elektrotherapie						
21302	Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	6,00	8,40	10,80	13,80	9,10

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

	Elektrotherapie	Steigerungssätze			Preisuntergrenze ¹	
		Regelsatz	1,4	1,8		2,3
21303	Elektrostimulation bei Lähmungen Mindestbehandlungszeit der GKV: 5 min. je Muskelnerveneinheit	13,32	18,65	23,98	30,64	17,32
21312	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad) Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	19,66	27,52	35,39	45,22	32,19
21310	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad) Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	10,32	14,45	18,58	23,74	16,54
Hausbesuch/Wegegeld/Berichte						
29933*	Hausbesuch inkl. Wegegeld/Einsatzpauschale	17,79	24,91	32,02	40,92	
29901*	Hausbesuch	13,28	18,59	23,90	30,54	13,43
29907*	Wegegeld je Kilometer	0,41				0,33
29934*	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung (Einsatzpauschale) je Patient	11,60	16,24	20,88	26,68	
23301*	Ausführlicher physiotherapeutischer Bericht	20,44	28,62	36,79	47,01	
29702*	Bericht nach Anforderung des verordnenden Arztes auf dem Verordnungsmuster Richtwert 20 min.	24,73	34,62	44,51	56,88	
29703*	Bericht nach Anforderung des verordnenden Arztes auf dem Verordnungsmuster, im Anschluss an die Erst-Verordnung, nach Abschluss des Regelfalls und außerhalb des Regelfalls; Richtwert 45 min.	55,64	77,90	100,15	127,97	
29701	Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht	1,00	1,40	1,80	2,30	

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

26 **Physiotherapeutische Heilmittel**

Beispiele für weitere Leistungsangebote	Regelsatz	Steigerungssätze		
		1,4	1,8	2,3
Osteopathie				
Cranio-Sakral-Therapie				
Dorn-Behandlung				
CMD/ Kiefergelenkbehandlung				
Handtherapie				
Shiatsu				
Akupunktmassage nach Penzel				
Fußreflexzonenmassage				
Hot-Stone-Massage				
Medi-/Kinesio-Tape pro Anlage				
TENS Schmerztherapie				
Laser-Schmerztherapie pro Minute				
Lichttherapie				
Hippotherapie				

Beispiele für weitere Leistungsangebote	Regelsatz	Steigerungssätze		
		1,4	1,8	2,3
Vorbereitung auf den Schulstart, 10 Einheiten				
Gedächtnistraining für Senioren, 10 Einheiten				
Schriftliches Gutachten				

^Z Zertifikatsleistung (besondere Fortbildung erforderlich)

* Hierbei handelt es sich um sogenannte analoge Leistungen, die bei der GKV nur für einen anderen Heilmittelbereich vorgesehen sind oder dort höher vergütet werden. Der Regelsatz wurde hier aus dem anderen Bereich übernommen.

** Beihilfe: bei Einsatz einmal verwendbarer, natürlicher Peloid, ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid: als Teilpackung 36,20 €, als Großpackung 47,80 €

*** Preis je Patient

**** Empfehlung bei Dauer > 60 min: Regelsatz durch die Umrechnung des Minutenpreises bestimmen oder über Steigerungsfaktor abrechnen

28 Podologische Heilmittel

	Befunderhebungen	Regelsatz	Steigerungssätze			Preisuntergrenze ¹
			1,4	1,8	2,3	
73101*	Kurze Befunderhebung	13,00	18,20	23,40	29,90	18,32
73101*	Ausführl. Podol. Befund/Funktionsanalyse/Durchführung normierter und standardisierter Testverfahren; 1x pro Behandlungsfall Regelbehandlungszeit der GKV: 60 min.**	95,59	133,83	172,06	219,86	119,88
Podologie						
78001	Hornhautabtragung/-bearbeitung (beider Füße) Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	21,95	30,73	39,51	50,49	29,64
78004	Hornhautabtragung/-bearbeitung (eines Fußes) Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	15,68	21,95	28,22	36,06	20,98
78002	Nagelbearbeitung (beider Füße) Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	20,69	28,97	37,24	47,59	27,86
78005	Nagelbearbeitung (eines Fußes) Mindestbehandlungszeit der GKV: 10 min.	15,68	21,95	28,22	36,06	20,98
78003	Podologische Komplexbehandlung (beider Füße) (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Mindestbehandlungszeit der GKV: 40 min.	37,78	52,89	68,00	86,89	46,18
78006	Podologische Komplexbehandlung (eines Fußes) (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Mindestbehandlungszeit der GKV: 20 min.	26,45	37,03	47,61	60,84	29,64

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

	Spangentherapie	Steigerungssätze			Preisuntergrenze ¹	
		Regelsatz	1,4	1,8		2,3
79990	Erstversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser Einteilig, Federstahldraht inkl. podologische Nageluntersuchung und -bearbeitung, Negativabdruck, Positivnagelmodell, Anfertigung einer Passiv-Nagelkorrekturspange, Vorbereitung des Nagels, Aufsetzen, Aktivierung, Wiederaufsetzen, Fixierung, inkl. Material, Spangenkontrolle nach 1-2 Tagen, Patientenaufklärung	155,00	217,00	279,00	356,50	216,01
79991	Regulierung der Ross-Fraser-Spange Abnehmen, Vorbereitung des Nagels, ggf. Nachformung, Kontrolle der Aktivierung, Fixierung, inkl. Material und Spangenkontrolle nach 1-2 Tagen	31,00	43,40	55,80	71,30	41,51
79992	Bilaterale Orthonyxiespange, dreiteilig, vorgeformt, Federstahldraht inkl. Podologische Nageluntersuchung und -bearbeitung, Vorbereitung des Nagels, individuelle Spangenformung, Aufsetzen, Aktivierung mit Drilldraht, Fixierung, inkl. Material und Spangensitzkontrolle nach 1-2 Tagen, Patientenaufklärung	71,00	99,40	127,80	163,30	83,03
79993	Klebespange Kunststoff inkl. Podologische Nageluntersuchung und -bearbeitung, Vorbereitung des Nagels, Fixierung, inkl. Material und Spangensitzkontrolle nach 1-2 Tagen, Patientenaufklärung	59,00	82,60	106,20	135,70	41,51
Hausbesuch/Wegegeld/Berichte						
79933*	Hausbesuch inklusive Wegegeld/Einsatzpauschale	17,79	24,91	32,02	40,92	
79901*	Hausbesuch	13,28	18,59	23,90	30,54	13,43
79907*	Wegegeld je Kilometer	0,41				0,33
79934*	Hausbesuch in einer sozialen Gemeinschaft, je Person inkl. Wegegeld/Einsatzpauschale	11,60	16,24	20,88	26,68	
73301*	Ausführlicher podologischer Bericht	20,44	28,62	36,79	47,01	

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

30 **Podologische Heilmittel**

	Hausbesuch/Wegegeld/ Berichte	Regelsatz	Steigerungssätze			Preisunter- grenze ¹
			1,4	1,8	2,3	
79702*	Bericht nach Anforderung des verordnenden Arztes auf dem Verordnungsmuster Richtwert 20 min.	24,73	34,62	44,51	56,88	
79703*	Bericht nach Anforderung des verordnenden Arztes auf dem Verordnungsmuster Im Anschluss an die Erst-Verordnung, nach Abschluss des Regelfalls und außerhalb des Regelfalls Richtwert 45 min.	55,64	77,90	100,15	127,97	
79701*	Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht	1,00	1,40	1,80	2,30	

Beispiele für weitere Leistungsangebote

Fußreflexzonenmassage

Fußpeeling mit Fußbad und Massage

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

32 Logopädische Heilmittel

Befunderhebung		Regelsatz	Steigerungssätze			Preisuntergrenze ¹
			1,4	1,8	2,3	
31301*	Kurze Befunderhebung	13,00	18,20	23,40	29,90	18,32
33010	Stimm-, sprech- und sprachtherap. Erstuntersuchung/Durchführung normierter und standardisierter Testverfahren; 1x pro Behandlungsfall Regelbehandlungszeit der GKV: 60 min.***	95,59	133,83	172,06	219,86	119,88
Einzelbehandlung						
33102	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit der GKV: 30 min. mit dem Patienten	34,99	48,99	62,98	80,48	46,40
33103	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit der GKV: 45 min. mit dem Patienten	55,64	77,90	100,15	127,97	65,49
33104	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit der GKV: 60 min. mit dem Patienten	74,16	103,82	133,49	170,57	76,48
Gruppenbehandlung**						
33220	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung, Gruppe mit 2 Patienten; Regelbehandlungszeit der GKV: 45 min. mit den Patienten	50,06	70,08	90,11	115,14	55,94
33222	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung, Gruppe mit 3-5 Patienten; Regelbehandlungszeit der GKV: 45 min. mit den Patienten	27,88	39,03	50,18	64,12	38,41
33223	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung, Gruppe mit 2 Patienten; Regelbehandlungszeit der GKV: 90 min. mit den Patienten	100,10	140,14	180,18	230,23	75,04
33224	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung, Gruppe mit 3-5 Patienten; Regelbehandlungszeit der GKV: 90 min. mit den Patienten	54,00	75,60	97,20	124,20	62,27

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

	Thermische Stimulation/ Reizstrom	Regelsatz	Steigerungssätze			Preisunter- grenze ¹
			1,4	1,8	2,3	
34301*	Thermische Anwendungen (Wärme oder Kälte) im Rahmen der logopädischen Behandlung (z. B. Eisbehandlung bei Facialisparesen, bei Dysphagien etc.)	5,97	8,36	10,75	13,73	
31303*	Elektrostimulation bei Lähmungen im Rahmen der logopädischen Behandlung (z. B. bei Larynxparesen)	13,32	18,65	23,98	30,64	17,32
Hausbesuch/Wegegeld/Berichte						
39333*	Hausbesuch (gilt auch für Hausbesuche in Einrichtungen bei Besuch nur eines Patienten), inkl. Wegegeld/Einsatzpauschale	17,79	24,91	32,02	40,92	
39901*	Hausbesuch	13,28	18,59	23,90	30,54	13,43
39907*	Wegegeld je Kilometer	0,41	0,57	0,74	0,94	0,33
39934*	Hausbesuch in derselben sozialen Gemeinschaft bei mehreren Patienten an einem Tag, inkl. Wegegeld/Einsatzpauschale	11,60	16,24	20,88	26,68	
39902**	Hausbesuch mehrerer Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft	6,35	8,89	11,43	14,61	
33301	Ausführlicher sprachtherapeutischer Bericht	20,44	28,62	36,79	47,01	
39702	Bericht nach Anforderung des verordnenden Arztes auf dem Verordnungsmuster Richtwert 20 min.	24,73	34,62	44,51	56,88	
39703	Bericht nach Anforderung des verordnenden Arztes auf dem Verordnungsmuster, im Anschluss an die Erst-Verordnung, nach Abschluss des Regelfalls und außerhalb des Regelfalls; Richtwert 45 min.	55,64	77,90	100,15	127,97	
39701*	Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht	1,00	1,40	1,80	2,30	

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

36 Ergotherapeutische Heilmittel

	Befunderhebung	Steigerungssätze			Preisuntergrenze ¹	
		Regelsatz	1,4	1,8		2,3
51301*	Kurze Befunderhebung	13,00	18,20	23,40	29,90	18,32
53010*	Ausführl. Ergotherap. Befund/Funktionsanalyse/Durchführung normierter und standardisierter Testverfahren; 1x pro Behandlungsfall Regelbehandlungszeit der GKV: 60 min.****	95,59	133,83	172,06	219,86	119,88
54002	Ergotherapeutische Funktionsanalyse; 1x pro Behandlungsfall	29,09	40,73	52,36	66,91	46,40
Motorisch-funktionelle Behandlung						
54102	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen Mindestbehandlungszeit der GKV: 30 min.	39,00	54,60	70,20	89,70	46,40
54205	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen als Parallelbehandlung von 2 Patienten***	30,96	43,34	55,73	71,21	
54209	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3-5 Personen) bei motorisch-funktionellen Störungen***; Mindestbehandlungszeit der GKV: 30 min.	14,22	19,91	25,60	32,71	17,76
Sensomotorische/perzeptive Behandlung						
54103	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen Mindestbehandlungszeit der GKV: 45 min.	52,50	73,50	94,50	120,75	60,83
54206	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen als Parallelbehandlung von 2 Patienten***	42,00	58,80	75,60	96,60	
54210	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3-5 Personen) bei sensomotorischen/ perzeptiven Störungen***; Mindestbehandlungszeit der GKV: 45 min.	18,39	25,75	33,10	42,30	22,87

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

Hirnleistungstraining		Steigerungssätze			Preisuntergrenze ¹	
		Regelsatz	1,4	1,8		2,3
54104	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung; Mindestbehandlungszeit der GKV: 30 min.	43,22	60,51	77,80	99,41	51,28
54207	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung als Parallelbehandlung von 2 Patienten***	34,00	47,60	61,20	78,20	
54211	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (3-5 Personen)***; Mindestbehandlungszeit der GKV: 45 min.	18,39	25,75	33,10	42,30	22,87
Psychisch-funktionelle Behandlung						
54105	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funkt. Störungen Mindestbehandlungszeit der GKV: 60 min.	65,72	92,01	118,30	151,16	80,25
54208	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funkt. Störungen als Parallelbehandlung von 2 Patienten***	52,00	72,80	93,60	119,60	
54110	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funkt. Störungen als Belastungserprobung (2 zusammenhängende Einheiten à 60 min.) Mindestbehandlungszeit der GKV: 120 min.	120,88	169,23	217,58	278,02	142,30
54212	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3-5 Personen) bei psychisch-funkt. Störungen***; Mindestbehandlungszeit der GKV: 90 min.	33,91	47,47	61,04	77,99	42,07
54213	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3-5 Personen) bei psychisch-funkt. Störungen als Belastungserprobung (2 zusammenhängende Einheiten à 90 min.)*** Mindestbehandlungszeit der GKV: 180 min.	65,35	91,49	117,63	150,31	77,92
Information,Beratung und Schulung						
54107	Beratung bei motorisch-funktionellen Störungen	39,00	54,60	70,20	89,70	

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

38 Ergotherapeutische Heilmittel

	Information, Beratung und Schulung	Regelsatz	Steigerungssätze			Preisunter- grenze ¹
			1,4	1,8	2,3	
54108	Beratung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen	52,50	73,50	94,50	120,75	
54109	Beratung bei psychisch-funktionellen Störungen	65,72	92,01	118,30	151,16	
54111	Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (die Abrechnung erfolgt zzgl. Kilometergeld)	107,45	150,43	193,41	247,14	
Thermische Anwendungen						
54301	Thermische Anwendungen - Wärme oder Kälte	5,97	8,36	10,75	13,73	
51303*	Elektrostimulation bei Lähmungen, Mindestbehandlungszeit der GKV: 5 min. je Muskelnervenheit	13,32	18,65	23,98	30,64	17,32
Hausbesuch/Wegegeld/Berichte						
59933	Hausbesuch inkl. Wegegeld/Einsatzpauschale	17,79	24,91	32,02	40,92	
59901	Hausbesuch	13,28	18,59	23,90	30,54	13,43
59907	Wegegeld je gefahrener Kilometer	0,41	0,57	0,74	0,94	0,33
59934	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung, inkl. Wegegeld/Einsatzpauschale	11,60	16,24	20,88	26,68	
53301*	Ausführlicher ergotherapeutischer Bericht	20,44	28,62	36,79	47,01	
59702*	Bericht nach Anforderung des verordnenden Arztes auf dem Verordnungsmuster Richtwert 20 min.	24,73	34,62	44,51	56,88	

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

	Hausbesuch/Wegegeld/ Berichte	Regelsatz	Steigerungssätze			Preisunter- grenze ¹
			1,4	1,8	2,3	
59703*	Bericht nach Anforderung des verordnenden Arztes auf dem Verordnungsmuster Im Anschluss an die Erst-Verordnung, nach Abschluss des Regelfalls und außer- halb des Regelfalls Richtwert 45 min.	55,64	77,90	100,15	127,97	
59701*	Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht	1,00	1,40	1,80	2,30	

Beispiele für weitere Leistungsangebote

Marburger Konzentrationstraining

Gedächtnistraining für Senioren, je Einheit

Alltagstraining (bei neurol. Problemen)

Lerntherapie

Legasthienetraining

Dyskalkulietraining

Vorbereitung auf den Schulstart, je Einheit

Beratung (Angehörige, Bezugspersonen)

Arbeitsplatzberatung

¹ Die Erläuterung zur Preisuntergrenze finden Sie auf S.19

40 Ergotherapeutische Heilmittel

Beispiele für weitere Leistungsangebote	Regelsatz	Steigerungssätze		
		1,4	1,8	2,3
Handtherapie				
Ergotherapeutische Schienen anfertigen und anpassen, Kostenvoranschlag nach Art und Größe				

* Hierbei handelt es sich um sogenannte analoge Leistungen, die bei der GKV nur für einen anderen Heilmittelbereich vorgesehen sind. Der Regelsatz wurde hier aus dem anderen Bereich übernommen.

** Preis je Patient

*** Empfehlung bei Dauer > 60 min: Regelsatz durch die Umrechnung des Minutenpreises bestimmen