

Vergütungsliste für podologische Leistungen

- Leistungsverzeichnis -

(Preisliste gem. § 125 SGB V)

gültig ab 01.09.2010

für die Bundesländer

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

Anlage 3 a zum Vertrag vom 01.09.2010
vereinbart durch Vergütungsvertrag vom 01.09.2010

Diese Liste ist vereinbart zwischen

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

- einerseits -

und den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1,
10963 Berlin

- andererseits

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

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	EURO
	Vp = Vertragspreis	Vp
78001	Hornhautabtragung/-bearbeitung (beider Füße) Richtwert: 20 – 30 Minuten	15,00
78004	Hornhautabtragung/-bearbeitung (eines Fußes) *) Richtwert: 10 - 20 Minuten	9,00
78002	Nagelbearbeitung (beider Füße) Richtwert: 20 – 25 Minuten	14,00
78005	Nagelbearbeitung (eines Fußes) *) Richtwert: 10 - 20 Minuten	8,00
78003	Podologische Komplexbehandlung (beider Füße) (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 40 – 50 Minuten	26,40
78006	Podologische Komplexbehandlung (eines Fußes) *) (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 20 - 30 Minuten	15,00
79933	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	9,00

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

Erläuterungen

- 1) Die Beträge sind Bruttobeträge im Sinne des UStG. Mehrwertsteuer kann daher auch dann nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der Zugelassene die Voraussetzungen des § 4 UStG nicht erfüllt.
- 2) In den umstehend aufgeführten Beträgen sind alle Nebenleistungen enthalten. Zusätzliche Forderungen oder Zuzahlungen dürfen nicht geltend gemacht werden.
- 3) § 32 Abs. 2 SGB V i.V. mit § 61 Satz 3 SGB V ist zu beachten. Die Zuzahlung beträgt 10 v.H. der Kosten der Heilmittel sowie 10 € je Verordnung (Rezept).
- 4) Alle zur Abrechnung bei den Ersatzkassen eingereichten ärztlichen Verordnungen (Muster 13) werden vom Zugelassenen in den Feldern "Gesamt-Brutto" und "Gesetzliche Zuzahlung" ausgefüllt. Kosten hierfür werden vom Zugelassenen nicht geltend gemacht.
- 5) Diese Liste gilt ab 01.09.2010. Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten, erstmals zum 31.12.2011, schriftlich gekündigt werden.
- 6) Die Sätze dieser Liste können auch für Leistungen berechnet werden, die vor dem 01.09.2010 begonnen und nach dem 31.08.2010 beendet werden.
- 7) Die Leistungserbringer übermitteln ausschließlich maschinelle Abrechnungsdaten an die von den Ersatzkassen benannten Stellen. Es werden ausschließlich die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern in der Abrechnung verwendet. Über die Auswirkungen für die Abrechnung der Leistungserbringer informieren die Ersatzkassen mit einem Infoblatt.