

Verzeichnis der beihilfefähigen Höchstbeträge für ärztlich verordnete Heilmittel

Die beihilfefähigen Höchstbeträge ergeben sich aus der Anlage 9 zu § 23 Absatz 1 der Bundesbeihilfeverordnung.

Abschnitt 1

Bereich Inhalation

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag bis 30.04.2023	Beihilfefähiger Höchstbetrag ab 01.05.2023
1	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung		
	a) als Einzelinhalation	10,10 €	11,20 €
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80 €	4,80 €
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50 €	7,50 €
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.		
2	Radon-Inhalation		
	a) im Stollen	14,90 €	14,90 €
	b) mittels Hauben	18,20 €	18,20 €

Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag bis 30.04.2023	Beihilfefähiger Höchstbetrag ab 01.05.2023
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50 €	16,50 €
3.1	Physiotherapeutischer Bericht auf schriftlicher Anforderung der verordnenden Person	55,00 €	61,10 €
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	25,70 €	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	38,30 €	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	47,80 €	53,10 €
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert 25 Minuten	10,80 €	12,00 €
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen) Leistung je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert 30 Minuten	14,30 €	15,00 €
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert 60 Minuten	72,30 €	80,30 €
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad		
	a) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,20 €	31,20 €
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	19,70 €	21,80 €
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	15,60 €	15,60 €
11	Manuelle Therapie, Richtwert 25 Minuten	29,70 €	32,20 €
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert 20 Minuten	19,00 €	19,00 €
13	Bewegungsübungen		
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	11,20 €	12,40 €
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 20 Minuten	6,90 €	7,70 €
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad		
	a) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,20 €	31,20 €
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	19,60 €	21,80 €
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten in einer Gruppe	15,60 €	15,60 €
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10 €	108,10 €

16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainings-therapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	46,20 €	50,40 €
17	Traktionsbehandlungen mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	8,80 €	8,80 €

Bereich Massagen

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag bis 30.04.2023	Beihilfefähiger Höchstbetrag ab 01.05.2023
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile		
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert 20 Minuten	18,20 €	19,60 €
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert 30 Minuten	21,20 €	23,50 €
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)		
	a) Teilbehandlung, Richtwert 30 Minuten	29,30 €	32,50 €
	b) Großbehandlung, Richtwert 45 Minuten	43,90 €	48,70 €
	c) Ganzbehandlung, Richtwert 60 Minuten	58,50 €	65,00 €
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	18,70 €	20,70 €
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 20 Minuten	30,50 €	30,50 €

Bereich Palliativversorgung

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag bis 30.04.2023	Beihilfefähiger Höchstbetrag ab 01.05.2023
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert 60 Minuten	66,00 €	66,00 €

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag bis 30.04.2023	Beihilfefähiger Höchstbetrag ab 01.05.2023
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60 €	13,60 €
23	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60 €	15,60 €
	b) bei Anwendungen einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid		
	aa) Teilpackung	36,20 €	36,20 €
	bb) Großpackung	47,80 €	47,80 €
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70 €	19,70 €
25	Kaltpackung (Teilpackung)		
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20 €	10,20 €
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30 €	20,30 €
26	Heublumensack, Peloidkompresse	12,10 €	12,10 €
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10 €	6,10 €
28	Trockenpackung	4,10 €	4,10 €
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10 €	4,10 €
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10 €	6,10 €
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40 €	5,40 €
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20 €	16,20 €
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40 €	26,40 €
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a) Teilbad	12,10 €	12,10 €
	b) Vollbad	17,60 €	17,60 €
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10 €	25,10 €

33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a) Teilbad	43,30 €	43,30 €
	b) Vollbad	52,70 €	52,70 €
34	Sandbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a) Teilbad	37,90 €	37,90 €
	b) Vollbad	43,30 €	43,30 €
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30 €	43,30 €
36	Medizinisches Bad mit Zusatz		
	a) Hand- oder Fußbad	8,80 €	8,80 €
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60 €	17,60 €
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40 €	24,40 €
	d) bei mehreren Zusätzen, je weiterer Zusatz	4,10 €	4,10 €
37	Gashaltige Bäder		
	a) gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70 €	25,70 €
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70 €	29,70 €
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70 €	27,70 €
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40 €	24,40 €
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10 €	4,10 €
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt gezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter Nummer 36 Buchstabe a bis c und Nummer 37 Buchstabe b um 3,70 Euro und ab 01.01.2019 um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach der Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.		

Bereich Kälte- und Wärmebehandlung

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag bis 30.04.2023	Beihilfefähiger Höchstbetrag ab 01.05.2023
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 €	12,90 €

40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert 20 Minuten	7,50 €	7,50 €
41	Ultraschall-Wärmetherapie	12,00 €	13,30 €

Bereich Elektrotherapie

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag bis 30.04.2023	Beihilfefähiger Höchstbetrag ab 01.05.2023
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20 €	8,20 €
43	Elektrosimulation bei Lähmungen	15,60 €	16,90 €
44	Iontophorese	8,20 €	8,20 €
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90 €	14,90 €
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00 €	29,00 €

Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag bis 30.04.2023	Beihilfefähiger Höchstbetrag ab 01.05.2023
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 beihilfefähig	108,00 €	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 beihilfefähig	51,70 €	55,60 €
47.2	Bericht an die verordnende Person	5,80 €	6,20 €
47.3	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	103,40 €	111,20 €
48	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen		
	a) Richtwert 30 Minuten	46,00 €	49,40 €
	b) Richtwert 45 Minuten	63,20 €	68,00 €

	c) Richtwert 60 Minuten	80,50 €	86,50 €
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.		
49	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer		
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert 45 Minuten	56,90 €	61,20 €
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert 45 Minuten	34,60 €	34,60 €
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert 90 Minuten	103,40 €	111,20 €
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert 90 Minuten	56,10 €	56,10 €
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.		

Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag bis 30.04.2023	Beihilfefähiger Höchstbetrag ab 01.05.2023
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80 €	41,80 €
51	Einzelbehandlung		
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten	41,80 €	45,20 €
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten	55,60 €	60,90 €
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 60 Minuten	72,30 €	76,20 €
	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	123,90 €	135,60 €
	bb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 120 Minuten	166,80 €	182,60 €
	cc) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten	139,20 €	152,32 €
51.1	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)		

	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	32,80 €	35,90 €
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	44,50 €	48,70 €
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 60 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	55,10 €	60,30 €
52	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)		
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00 €	16,50 €
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60 €	21,40 €
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	37,90 €	39,30 €
53	Hirnleistungstraining /Neuropsychologisch orientierte Einzelhandlung, auch als telemedizinische Leistung; Richtwert 30 Minuten	46,20 €	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, einmal pro Behandlungsfall, Richtwert 120 Minuten	139,20 €	152,40 €
53.2	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert 30 Minuten	36,00 €	39,40 €
54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert 45 Minuten	20,60 €	21,40 €

Bereich Podologie

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag bis 30.04.2023	Beihilfefähiger Höchstbetrag ab 01.05.2023
58.1	Podologische Behandlung (klein), Richtwert 35 Minuten	30,70 €	30,70 €
60.1	Podologische Behandlung (groß), Richtwert 50 Minuten	44,00 €	44,00 €
60.2	Podologische Befundung, je Behandlung	3,00 €	3,00 €
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60 €	–
61.1	Erstbefundung	–	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 der 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 €
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40 €	–
63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80 €	–
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80 €	–
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40 €	–

Bereich Ernährungstherapie

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag bis 30.04.2023	Beihilfefähiger Höchstbetrag ab 01.05.2023
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	67,90 €	68,00 €
66.1	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung - jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – beihilfefähig, Richtwert 60 Minuten	55,50 €	55,50 €
66.2	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung - jedoch maximal viermal je Kalenderjahr - beihilfefähig.	55,50 €	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 €	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 pro Jahr	23,80 €	23,80 €

Bereich Sonstiges

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag bis 30.04.2023	Beihilfefähiger Höchstbetrag ab 01.05.2023
69	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10 €	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, ja Patient pauschal	–	14,61 €
70	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels.		
71	Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 69, 69.1 und 70 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.		
72	Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	–	1,30 €

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

Voraussetzungen für bestimmte Heilmittel

Abschnitt 2

Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

1. Aufwendungen für eine EAP nach Abschnitt 1 Nummer 15 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist und bei einer der folgenden Indikationen angewendet wird:

Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

- aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
 - bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
 - ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose von mehr als 50° Grad nach Cobb,
- b) Operation am Skelettsystem
- aa) osttraumatische Osteosynthesen,
 - bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
- c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
- cc) Schulterprothesen,
 - dd) Knieendoprothesen,
 - ee) Hüftendoprothesen,
- c) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten
- aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
 - bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach:
 - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
 - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
 - ccc) schwere Schultersteife (frozen sholder),
 - ddd) Impingement-Syndrom,
 - eee) Schultergelenkluxation,
 - fff) tendinosis calcarea,
 - ggg) periarthritus humero-scapularis,
 - cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
- e) Amputationen.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist zudem eine Verordnung von

- a) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
 - b) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
 - c) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
 - d) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.
2. Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von diesen beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
 3. Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
 - a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
 - b) Physikalische Therapie,
 - c) medizinisches Aufbautraining (MAT).
 4. Werden Lymphdrainage, Massage, Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwasser-massage zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 15 abgegolten.
 5. Die Patientin oder der Patient muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes MAT nach Abschnitt 1 Nummer 16 mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn
 - a) das Training verordnet wird von
 - aa) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
 - bb) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
 - cc) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
 - dd) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,
 - b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und
 - c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.
2. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.
3. Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:
 - a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog. Aufwendungen für eine Kontrolluntersuchung (Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) nach Abschluss der Behandlungsserie sind beihilfefähig.
 - b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen (Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog), zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings (Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) und begleitender krankengymnastischer Übungen (Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte). Aufwendungen für Leistungen nach Nummer 506, Nummer 558 analog sowie Nummer 846 analog der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig.
4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt 1 Nummer 16.
5. Aufwendungen für Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen nach Nummer 1 entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

1. Aufwendungen für Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 40 Absatz 1 umfasst sind.
2. Aufwendungen für Palliativversorgung werden als beihilfefähig anerkannt bei:
 - a) passive Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,
 - b) aktive Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,
 - c) atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,
 - d) spastische Lähmungen (cerebral oder spinal bedingt),
 - e) schlaffe Lähmungen,
 - f) abnorme Bewegungen/Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,
 - g) Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,
 - h) funktionelle Störungen von Organsystemen (zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen, Lungen-/Bronchialerkrankungen, Erkrankung eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),
 - i) unspezifische schmerzhafte Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.
3. Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 umfassen folgende Leistungen:
 - a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan,
 - b) Wahrnehmungsschulung,
 - c) Behandlung von Organfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),
 - d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübung),
 - e) angepasstes, gerätegestütztes Training,
 - f) Anwendung von entstauernden Techniken,
 - g) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung,
 - h) ergänzende Beratung,
 - i) Begleitung in der letzten Lebensphase,
 - j) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,
 - k) Hilfsmittelversorgung,
 - l) interdisziplinäre Absprachen.