

**Anlage 5**  
**(zu § 4 Absatz 1 und § 4j Absatz 2 und 3)**

**Aufwendungen für Heilbehandlungen durch  
nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer**

**1. Allgemeines**

1.1 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ein Heilmittel setzt voraus, dass die Verordnung durch eine Person erfolgt, die entsprechend der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011 (BArz. Nr. 96 S. 2247 vom 30. Juni 2011) oder der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte vom 15. Dezember 2016 (BArz. AT 14.03.2017 B2) in der jeweils geltenden Fassung hierzu qualifiziert ist, sofern unter den Nummern 2. oder 3. nichts anderes bestimmt ist.

1.2 Aufwendungen für Heilmittel, die als Dienstleistungen im Bereich der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, der Ergotherapie, der Podologie oder der Ernährungstherapie von nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern im Sinne des § 4j Absatz 2 Satz 1 erbracht werden, sind in der Höhe angemessen, die in den jeweils geltenden Fassungen der Verträge nach den §§ 125 oder 125a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zwischen dem Spaltenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen und den Spaltenorganisationen auf Bundesebene für den jeweiligen Heilmittelbereich vereinbart ist.

1.3 Beihilfefähig sind höchstens die Beträge, die im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen in den Vergütungs- oder Preislisten für die Laufzeit der in Nummer 1.2 genannten Verträge festgelegt sind.

1.4 Soweit die in Nummer 1.2 genannten Verträge nach § 125a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Vergütungsabschläge bei Überschreitung eines bestimmten Behandlungsumfangs vorsehen, sind diese beihilferechtlich unbeachtlich.

1.5 Werden die in Nummer 1.2 genannten Verträge geändert oder neu geschlossen, so sind rückwirkende Änderungen beihilferechtlich nicht zu berücksichtigen. Änderungen bei den Leistungen oder den Vergütungs- und Preislisten sind ab dem Monat wirksam, der auf den Monat folgt, in dem die Verträge durch den Spaltenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen veröffentlicht worden sind.

Der Veröffentlichung gleichgestellt ist die Entscheidung einer Schiedsstelle im Sinne des § 125 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

1.6 Neben den Heilmitteln nach den in Nummer 1.2 genannten Verträgen sind für sonstige verordnete Heilmittel die nachfolgenden Höchstbeträge beihilferechtlich angemessen:

Nr.	Leistung	beihilfe-fähiger Höchstbetrag in Euro
1	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans (einmal je Behandlungsfall)	16,50
2	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung a) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer b) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80 7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	
3	Radon-Inhalation a) im Stollen b) mittels Hauben	14,90 18,20
4	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe, bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, Richtwert: 20 bis 30 Minuten, auch bei Blankoverordnung a) Teilpackung b) Großpackung	36,20 47,80
5	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
6	Kaltpackung (Teilpackung) a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	10,20 20,30
7	Heublumensack, Peloidkomprese	12,10
8	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10
9	Trockenpackung	4,10
10	a) Teiguss, Teilblitzguss, Wechselteiguss b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 6,10 5,40
11	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20 26,40

Nr.	Leistung	beihilfe-fähiger Höchstbetrag in Euro
12	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	12,10 17,60
13	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
14	Sandbox einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	37,90 43,30
15	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
16	Medizinisches Bad mit Zusatz a) Hand- oder Fußbad b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	8,80 17,60 24,40 4,10
17	Gashaltiges Bad a) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	29,70 24,40 4,10
<b>Hinweis zu den Positionsnummern 10 bis 17:</b>		
Aufwendungen für andere als die hier bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 16 Buchstabe a bis c und nach Nummer 17 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 16 Buchstabe d beihilfefähig.		

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

Einige Maßnahmen sehen nach deren Durchführung eine Nachruhe vor. Richtwert für die Nachruhe: 20 bis 25 Minuten.

## **2. Medizinisches Aufbautraining und Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT)**

2.1 Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining und eine Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn

- a) das Training von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie, Ärztinnen und Ärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ verordnet wird,
  - b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von Ärztinnen oder Ärzten 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.

2.2 Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.

2.3 Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von Ärztinnen oder Ärzten 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 analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte ist nach Abschluss der Behandlungsserie beihilfefähig.
- b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte, zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings analog Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte und begleitender krankengymnastischer Übungen nach Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Nummern 506, analog 558 sowie analog 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig.

2.4 Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern nach § 4j Absatz 2 Satz 1 erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach der Leistung „Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät): Parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten“ der Verträge nach §§ 125 und 125a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

2.5 Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen nach Nummer 2.1 entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

### **3. Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)**

3.1 Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie 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, durchgeführt wird. Weitere Voraussetzung ist, dass die EAP von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten, von Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie, Neurologie, Chirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ und nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen verordnet wird:

- a) 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) posttraumatische Osteosynthesen,
  - bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
- c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
  - aa) Schulterprothesen,
  - bb) Knieendoprothesen,
  - cc) Hüftendoprothesen,
- d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
  - aa) Kniebandrupturen (mit Ausnahme des isolierten Innenbands),
  - bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
    - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
    - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
    - ccc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),
    - ddd) Impingement-Syndrom,
    - eee) Schultergelenkluxation,
    - fff) tendinosis calcarea,
    - ggg) periarthritis humero-scapularis,
    - cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriß,

dd) Behandlung von Knorpelschäden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sogenannte minced cartilage),

e) Amputationen.

3.2 Eine Verlängerung der EAP erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei der Einrichtung beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

3.3 Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
- b) Physikalische Therapie,
- c) Medizinisches Aufbautraining (MAT).

3.4 Werden Lymphdrainagen, Massagen, Bindegewebsmassagen, Isokinetik oder Unterwassermassagen zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Nummer 3.6 abgegolten.

3.5 Die Behandelten müssen die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

3.6 Der beihilfefähige Höchstbetrag für eine EAP (Richtwert: 120 Minuten) beträgt je Behandlungstag 115,30 Euro.

#### **4. Palliativversorgung**

4.1 Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 2 umfasst sind.

4.2 Aufwendungen für Leistungen nach Nummer 1 werden als beihilfefähig anerkannt bei

- a) passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,
- b) aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,
- c) atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,
- d) spastischen Lähmungen (cerebral oder spinal bedingt),
- e) schlaffen Lähmungen,
- f) abnormen Bewegungen/Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,
- g) Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,
- h) funktionellen Störungen von Organsystemen (zum Beispiel Herz-Kreislauferkrankungen, Lungen-/Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),
- i) unspezifischen schmerhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.

4.3 Aufwendungen nach Nummer 1 umfassen folgende Leistungen:

- a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan,
- b) Wahrnehmungsschulung,
- c) Behandlung von Organfehlfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),
- d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),
- e) angepasstes, gerätegestütztes Training,
- f) Anwendung entstauender 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.

4.4 Der beihilfefähige Höchstbetrag für eine physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung (Richtwert: 60 Minuten) beträgt 66 Euro.