

Erweiterte ambulante Physiotherapie

Die erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) ist in der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) in § 23 i. V. m. Abschnitt 2 der Anlage 9 geregelt.

1. Unter welchen Voraussetzungen ist die EAP beihilfefähig?

Aufwendungen für eine EAP sind nur bei Vorliegen einer der **folgenden Indikationen** beihilfefähig:

- a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - ▶ nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
 - ▶ Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - ▶ nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - ▶ instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
 - ▶ lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann Kyphose > 50° nach Cobb
- b) Operation am Skelettsystem
 - ▶ posttraumatische Osteosynthesen
 - ▶ Osteotomien der großen Röhrenknochen
- c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
 - ▶ Schulterprothesen
 - ▶ Knieendoprothesen
 - ▶ Hüftendoprothesen
- d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten
 - ▶ Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
 - ▶ Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
 - operativ versorgter Bankard-Läsion
 - Rotatorenmanschettenruptur
 - schwere Schultersteife (frozen shoulder)
 - Impingement-Syndrom
 - Schultergelenkluxation
 - tendinosis calcarea
 - periathritis humero-scapularis
 - ▶ Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss
- e) Amputationen

Erforderlich für die Anerkennung als beihilfefähige Aufwendungen 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,
- d) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.

Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Tagesdatums **zu bestätigen**. Nach Abschluss der EAP ist der Festsetzungsstelle die **Therapiedokumentation** zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

2. Kann die EAP verlängert werden?

Eine Verlängerung der EAP erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus.

3. Welche Leistungen muss die EAP umfassen?

Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- a) krankengymnastische Einzeltherapie
- b) physikalische Therapie
- c) medizinisches Aufbautraining

4. In welcher Höhe erfolgt die Kostenerstattung?

Der beihilfefähige Höchstbetrag für die EAP beträgt bei einer Mindestbehandlungsdauer von 120 Minuten pro Tag **108,10 Euro**. Mit diesem Höchstbetrag sind auch etwaige zusätzlich erbrachte Leistungen für Lymphdrainage, Massage, Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwassermassage abgegolten.

Für Fragen stehen wir Ihnen unter den bekannten Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung. Antragsformulare und Informationen zum Beihilferecht finden Sie unter anderem auf unserer Internetseite:

www.kvsa-magdeburg.de/beihilfe

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
- Beihilfeumlagekasse -

Allgemeiner Hinweis: Aufbau und Inhalt des Merkblattes orientiert sich an den einschlägigen Merkblättern und veröffentlichten Informationen des Bundesverwaltungsamtes [[BVA-Merkblätter \(bund.de\)](http://BVA-Merkblätter_bund.de)] unter Berücksichtigung der in Sachsen-Anhalt einschlägigen landesrechtlichen Regelungen.