Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Erweiterte ambulante Physiotherapie

Die Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) ist in der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) in § 23 in Verbindung mit Abschnitt 2 der Anlage 9 geregelt.

1. Unter welchen Voraussetzungen ist eine EAP beihilfefähig?

Aufwendungen für eine EAP sind beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung durchgeführt wird, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist. Weiterhin muss eine der folgenden Indikationen vorliegen:

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,

» Knorpelschaden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sogenannte minced cartilage),

e) Amputationen

Erforderlich für die Anerkennung als beihilfefähige Aufwendungen ist zudem eine **Verordnung** von

» einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
» einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
» einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
» 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 Beihilfestelle 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:

» Krankengymnastische Einzeltherapie,
» physikalische Therapie,
» 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 weitere Fragen zum Thema können Sie uns gern telefonisch unter **0391 62570-699** kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Beihilfeteam

im Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt

Allgemeiner Hinweis: Aufbau und Inhalt des Merkblattes orientiert sich an den einschlägigen Merkblättern und veröffentlichten Informationen des Bundesverwaltungsamtes (www.bva.bund.de) unter Berücksichtigung der in Sachsen-Anhalt einschlägigen landesrechtlichen Regelungen.