

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

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

I.

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen setzt voraus, dass die ärztlich oder zahnärztlich nach der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte vom 15. Dezember 2016 (BAnz AT 14.03.2017 B2) in der jeweils geltenden Fassung verordnete Heilbehandlung aus einem der folgenden Bereiche von einer oder einem der nachfolgenden Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer erbracht wird und die Heilbehandlung dem jeweiligen Berufsbild der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer entspricht.

Aufwendungen für Ergotherapie sind auch beihilfefähig, wenn die Ergotherapie durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten verordnet wird.

1. Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie

- a) Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten,
- b) Masseurinnen und medizinische Bademeisterinnen oder Masseure und medizinische Bademeister,
- c) Krankengymnastinnen oder Krankengymnasten.

2. Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

- a) Logopädinnen oder Logopäden,
- b) Sprachtherapeutinnen oder Sprachtherapeuten,
- c) staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen oder -lehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,
- d) Sprachheilpädagoginnen oder Sprachheilpädagogen,
- e) klinische Linguistinnen oder klinische Linguisten,
- f) klinische Sprechwissenschaftlerinnen oder klinische Sprechwissenschaftler,
- g) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch
 - aa) Sprachheilpädagoginnen oder Sprachheilpädagogen,
 - bb) Diplomlehrerinnen oder -lehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - cc) Diplomvorschulerzieherinnen oder -erzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - dd) Diplomerzieherinnen oder -erzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
- h) Diplompatholinguistinnen oder Diplompatholinguisten.

3. Ergotherapie (Beschäftigungstherapie einschließlich Bereich Kälte- und Wärmebehandlung)

- a) Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten,
- b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten.

4. Podologie

- a) Podologinnen oder Podologen,
- b) medizinische Fußpflegerinnen oder medizinische Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) in der jeweils geltenden Fassung.

5. Ernährungstherapie

- a) Diätassistentinnen oder Diätassistenten,
- b) Oecotrophologinnen oder Oecotrophologen,
- c) Ernährungswissenschaftlerinnen oder Ernährungswissenschaftler.

II.

Aufwendungen aufgrund einer Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankverordnung) sind beihilfefähig, sofern sie im nachfolgenden Abschnitt 1 insoweit aufgeführt sind.

Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer entscheiden hierbei eigenständig über die Auswahl des oder der Heilmittel, die Therapiefrequenz und die Dauer der einzelnen Behandlungstermine sowie die Gesamtdauer der Therapie pro Blankverordnung.

Eine Blankverordnung ist maximal 16 Wochen ab Verordnungsdatum gültig.

Beihilferechtlich angemessen sind nur die nachfolgenden Höchstbeträge:

Abschnitt 1

Leistungsverzeichnis Heilbehandlungen

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	Bereich Inhalation	
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	11,60 €
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80 €
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50 €
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90 €
	b) mittels Hauben	18,20 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie	
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans (einmal je Behandlungsfall)	16,50 €
4	Physiotherapeutischer Bericht auf Anforderung der verordnenden Person, auch bei Blankoverordnung	63,50 €
4a	Physiotherapeutische Diagnostik, einmal je Blankoverordnung Die physiotherapeutische Diagnostik ist außerhalb der Therapiezeit zu erbringen.	34,40 €
4b	Bedarfsdiagnostik, einmal je Blankoverordnung Die Bedarfsdiagnostik ist außerhalb der Therapiezeit zu erbringen. Zwischen physiotherapeutischer Diagnostik und der Bedarfsdiagnostik müssen mindestens 28 Tage liegen.	25,80 €
4c	Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung Für den besonderen Aufwand der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers bei der Versorgung der zu behandelnde Person im Rahmen einer Blankoverordnung, insbesondere für: a) den erhöhten Aufwand zur Steuerung des Ablaufs der Versorgung sowie die Sicherung der Versorgungsqualität b) den erhöhten Aufwand für die Dokumentation des Versorgungsablaufs c) den erhöhten Aufwand für intra- und interprofessionelle Beratungen.	55,00 €
	Teilbereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
5	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten, auch bei Blankoverordnung und als telemedizinische Leistung	27,80 €
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten, Maßnahme nach Bobath auch als telemedizinische Leistung	44,20 €
7	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten, Maßnahme nach Bobath auch als telemedizinische Leistung	55,20 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
8	Krankengymnastik in einer Gruppe (zwei bis fünf Personen), Richtwert: 20 bis 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, auch bei Blankoverordnung und als telemedizinische Leistung	12,50 €
9	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (zwei bis vier Personen), Richtwert: 20 bis 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	15,60 €
10	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten auch als telemedizinische Leistung	83,50 €
11	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten, auch bei Blankoverordnung	31,80 €
	b) in einer Gruppe (zwei bis drei Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten, auch bei Blankoverordnung	22,70 €
	c) in einer Gruppe (vier bis fünf Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten, auch bei Blankoverordnung	15,60 €
12	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten, auch bei Blankoverordnung und als telemedizinische Leistung	33,40 €
13	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten, auch bei Blankoverordnung	19,20 €
14	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten, auch bei Blankoverordnung	12,90 €
	b) in einer Gruppe (zwei bis fünf Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten, auch bei Blankoverordnung	8,00 €
15	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten, auch bei Blankoverordnung	31,20 €
	b) in einer Gruppe (zwei bis drei Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten, auch bei Blankoverordnung	22,60 €
	c) in einer Gruppe (vier bis fünf Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten, auch bei Blankoverordnung	15,60 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
16	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Abschnitt 2 ist zu beachten)	115,30 €
17	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu drei Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr, auch bei Blankoverordnung (Abschnitt 3 ist zu beachten)	52,40 €
18	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch), als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,80 €
Teilbereich Massagen		
19	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten, auch bei Blankoverordnung	20,30 €
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten, auch bei Blankoverordnung	24,40 €
20	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80 €
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,60 €
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,50 €
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	21,50 €
21	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten, auch bei Blankoverordnung	31,70 €
Teilbereich Palliativversorgung		
22	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten (Abschnitt 4 ist zu beachten)	66,00 €
Teilbereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
23	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten, auch bei Blankoverordnung	13,60 €
24	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten, auch bei Blankoverordnung	

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60 €
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	36,20 €
	bb) Großpackung	47,80 €
25	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70 €
26	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20 €
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30 €
27	Heublumensack, Peloidkompresse	12,10 €
28	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10 €
29	Trockenpackung	4,10 €
30	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10 €
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10 €
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40 €
31	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20 €
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40 €
32	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10 €
	b) Vollbad	17,60 €
33	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10 €
34	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30 €
	b) Vollbad	52,70 €
35	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90 €
	b) Vollbad	43,30 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
36	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30 €
37	Medizinisches Bad mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	8,80 €
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60 €
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40 €
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10 €
38	Gashaltiges Bad	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,10 €
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70 €
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70 €
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40 €
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10 €
39	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 37 Buchstabe a bis c und nach Nummer 38 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 37 Buchstabe d beihilfefähig.	
	Teilbereich Kälte- und Wärmebehandlung	
40	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgeköhlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten, auch bei Blankoverordnung	12,90 €
41	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten, auch bei Blankoverordnung	7,50 €
42	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten, auch bei Blankoverordnung	13,80 €
	Teilbereich Elektrotherapie	
43	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten, auch bei Blankoverordnung	8,20 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
44	Elektrostimulation bei Paresen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	17,60 €
45	Iontophorese	8,20 €
46	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten, auch bei Blankoverordnung	14,90 €
47	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten, auch bei Blankoverordnung	29,00 €
Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
48	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. Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig.	117,30 €
49	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten, je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig.	58,70 €
50	Bericht an die verordnende Person	6,60 €
51	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	117,30 €
52	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, auch als telemedizinische Leistung	
	a) Richtwert: 30 Minuten	52,20 €
	b) Richtwert: 45 Minuten	71,70 €
	c) Richtwert: 60 Minuten	91,30 €
53	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, auch als telemedizinische Leistung	
	a) Gruppe (zwei Personen), Richtwert: 45 Minuten	64,50 €
	b) Gruppe (drei bis fünf Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60 €
	c) Gruppe (zwei Personen), Richtwert: 90 Minuten	117,30 €
	d) Gruppe (drei bis fünf Personen), Richtwert: 90 Minuten	58,70 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)		
Teilbereich: Leistungen der Ergotherapie aufgrund einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Verordnung		
54	Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs, einmal je Behandlungsfall bei Therapiebeginn, bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs beihilfefähig.	38,43 €
55	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	52,77 €
56	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	70,36 €
57	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	52,77 €
58	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung, Richtwert: 75 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	87,95 €
59	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, auch als telemedizinische Leistung Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann grundsätzlich einmal je Behandlungsfall erbracht werden.	140,71 €
60	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, auch als telemedizinische Leistung Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann grundsätzlich einmal je Behandlungsfall erbracht werden.	182,51 €
61	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, auch als telemedizinische Leistung Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann grundsätzlich einmal je Behandlungsfall erbracht werden.	152,32 €
62	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, auch als telemedizinische Leistung Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann grundsätzlich einmal je Behandlungsfall erbracht werden.	152,32 €
63	Motorisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), Richtwert: 45 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	42,22 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
64	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), Richtwert: 60 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	56,29 €
65	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), Richtwert: 45 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	42,22 €
66	Psychisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), Richtwert: 75 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	70,36 €
67	Motorisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen), Richtwert: 45 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	18,47 €
68	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen), Richtwert: 60 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	24,63 €
69	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen), Richtwert: 60 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	24,63 €
70	Psychisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen), Richtwert: 105 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	43,10 €
71	Thermische Anwendung (Wärme oder Kälte), nur in Verbindung mit Verordnungen von motorisch-funktioneller oder sensomotorisch-perzeptiver Behandlung beihilfefähig	7,89 €
	Teilbereich: Leistungen der Ergotherapie aufgrund einer Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankoverordnung)	
72	Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs bei Blankoverordnung, einmal je Behandlungsfall bei Therapiebeginn, bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs beihilfefähig.	44,20 €
73	Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung Für den besonderen Aufwand der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers bei der Versorgung der zu behandelnden Person im Rahmen einer Blankoverordnung, insbesondere für: a) den erhöhten Aufwand zur Steuerung des Ablaufs der Versorgung sowie die Sicherung der Versorgungsqualität b) den erhöhten Aufwand für die Dokumentation des Versorgungsablaufs	91,38 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	c) den erhöhten Aufwand für intra- und interprofessionelle Beratungen.	
74	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	17,59 €
75	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	17,59 €
76	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	17,59 €
77	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten, auch als telemedizinische Leistung Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann zweimal pro Blankoverordnung erbracht werden.	17,59 €
78	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten, auch als telemedizinische Leistung Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann zweimal pro Blankoverordnung erbracht werden.	19,04 €
79	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten, auch als telemedizinische Leistung Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann zweimal pro Blankoverordnung erbracht werden.	19,04 €
80	Motorisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	14,07 €
81	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	14,07 €
82	Psychisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	14,07 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
83	Motorisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	6,16 €
84	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	6,16 €
85	Psychisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten, auch als telemedizinische Leistung	6,16 €
86	Thermische Anwendung (Wärme oder Kälte) bei Blankoverordnung, nur in Verbindung mit motorisch-funktioneller Behandlung beihilfefähig	7,89 €
	Hinweise zu den Positionsnummern 72 bis 86: 1. Eine Blankoverordnung gilt nur für diese Diagnosegruppen: a) Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen) b) Wahnhaftes und affektive Störungen/Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftes Störungen, affektive Störungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen c) Dementielle Syndrome 2. Der Umfang der beihilfefähigen Leistung besteht aus a) der Durchführung der Maßnahmen mit der zu behandelnden Person und b) der Vor- und Nachbereitung (inklusive Verlaufsdokumentation). Beide Leistungsbestandteile werden in Zeitintervallen aufgeführt. Ein Behandlungstermin definiert eine Behandlung, die pro Tag mit einer Therapiezeit von mindestens 30 und höchstens 180 Minuten stattfinden kann. Pro Behandlungstermin kann zusätzlich ein Zeitintervall für Vor- und Nachbereitung sowie Verlaufsdokumentation erbracht und als beihilfefähig anerkannt werden. 3. Angemessene und notwendige Aufwendungen für ergotherapeutische temporäre Schienen (Herstellung, Anpassung und Korrektur) sind beihilfefähig. Bei Blankoverordnungen sind bis zu zwei unterschiedliche Schienen pro Verordnung beihilfefähig.	
	Bereich Podologie	
87	Podologische Befundung, je Behandlung	3,40 €
88	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20 €
89	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
90	Erstbefundung klein, Richtwert: 20 Minuten	27,20 €
91	Erstbefundung groß, Richtwert: 45 Minuten, einmal je Kalenderjahr	54,50 €
92	Eingangsbefundung, Richtwert 20 Minuten, einmal je Leistungserbringerin oder Leistungserbringer	21,90 €
93	Therapiebericht auf Anforderung der verordnenden Person	16,40 €
94	Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	96,40 €
95	Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	52,80 €
96	Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	48,30 €
97	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00 €
98	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60 €
99	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80 €
100	Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20 €
	Aufwendungen nach den Nummern 87 bis 89 sind nur beihilfefähig, wenn sie zur Behandlung krankhafter Schädigungen am Fuß infolge Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom), einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie oder eines neuropathischen Schädigungsbildes als Folge eines Querschnittsyndroms dienen.	
	Bereich Ernährungstherapie	
101	Ernährungstherapeutische Anamnese, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	77,40 €
102	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten, Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – beihilfefähig	63,40 €
103	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei, Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – beihilfefähig	63,40 €
104	Ernährungstherapeutische Anamnese, Richtwert: 30 Minuten, einmal je Behandlungsfall	38,70 €
105	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
106	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40 €
107	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten	77,40 €
108	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10 €
109	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20 €
	Bereich Sonstiges	
110	Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,40 €
111	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10 €
112	Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	25,54 €
113	Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen oder Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient pauschal	16,66 €
114	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.	
115	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur beihilfefähig, wenn Aufwendungen der Positionsnummern 59 bis 62, 77 bis 79 oder 107 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen nach den Nummern 111 und 112 sind daneben nicht beihilfefähig.	25,54 €

Richtwert im Sinne des Abschnitts 1 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.

Abschnitt 2

Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

1. Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie, im Folgenden EAP, nach Abschnitt 1 Nummer 16 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) periathritis 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.

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 Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

3. Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

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

4. Werden Lymphdrainagen, Massagen, Bindegewebssmassagen, Isokinetik oder Unterwassermassagen zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 16 abgegolten.

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

Abschnitt 3

Medizinisches Aufbautraining und Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT)

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining und eine Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT) nach Abschnitt 1 Nummer 17 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. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.

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.

4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern nach § 4j Absatz 2 in Verbindung mit Nummer I erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt 1 Nummer 17.

5. 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.

Abschnitt 4

Palliativversorgung

1. Aufwendungen für Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 22 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 2 umfasst sind.

2. Aufwendungen für Palliativversorgung 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-Kreislaufkrankungen, Lungen-/Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),
- i) unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.

3. Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 22 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.