

INFORMATIONSBLETT ZUR BEIHILFEFÄHIGKEIT DER AUFWENDUNGEN EINER ERWEITERTEN AMBULANTEN PHYSIOTHERAPIE (EAP)

Aufwendungen für eine EAP sind nach Anlage 5 zu § 18 Abs. 1 der Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO) nur aufgrund der Verordnung einer Krankenhausärztin, eines Krankenhausarztes, einer Fachärztin oder eines Facharztes für Orthopädie, Neurologie, Chirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder einer Fachärztin oder eines Facharztes für Allgemeinmedizin mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen bis zur Höhe von **108,10 € je Behandlungstag** beihilfefähig:

Wirbelsäulensyndrom mit erheblicher Symptomatik bei

- frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ)
- Protrusion mit radikulärer, muskulärer oder statischer Symptomatik
- Spondylolyse oder Spondylolistese mit radikulärer, muskulärer oder statischer Symptomatik instabile Wirbelsäulenverletzung im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit oder Fehlstatik
- lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kyphose >50° nach Cobb

Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthese
- Osteotomie eines großen Röhrenknochens

Bewegungseinschränkung oder muskuläres Defizit bei

- Schulterprothese
- Knieendprothese
- Hüftendprothese

Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankung (schließlich Instabilität)

- Kniebandruptur, es sei denn, dass nur das Innenband gerissen ist
- Schultergelenkläsion, insbesondere nach operativ versorgter Bankard-Läsion, Rotatorenmanschettenruptur, schwerer Schultersteife (frozen shoulder), Impingement-Syndrom, Schultergelenkluxation, tendinosis calcarea, periathritis humero-scapularis (PHS)
- Achillessehnenruptur oder Achillessehnenabriss

Amputation

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

Die Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) sind nur beihilfefähig, wenn je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen erbracht werden:

- krankengymnastische Einzeltherapie
- physikalische Therapie
- medizinisches Aufbautraining

Werden zusätzlich Lymphdrainage oder Massage – auch Bindegewebsmassage –, Isokinetik, Unterwassermassage, hydroelektrisches Vollbad oder Krankengymnastik – auch auf neurophysiologischer Grundlage, auch Atemtherapie – angewendet, so sind diese Aufwendungen nicht gesondert beihilfefähig.

Die EAP muss in einer Therapieeinrichtung angewendet werden, die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation oder EAP zulasten der gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften erbringen darf.

Aufwendungen für die EAP sind zudem nur dann beihilfefähig, wenn der Festsetzungsstelle zusammen mit der Rechnung eine Therapiedokumentation über die durchgeführten Leistungen und eine Tagesdokumentation, auf der die Patientin oder der Patient unter Angabe des Datums durch Unterschrift die Durchführung der Leistungen bestätigt hat, vorgelegt wird.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen auch gerne telefonisch zur Verfügung.

Ihre Niedersächsische Versorgungskasse

– Abteilung Beihilfen –