



Senat der Freien und Hansestadt Hamburg

Personalamt

Personalamt, Steckelhörn 12, 20457 Hamburg

Dienst- und Tarifrecht

Senatsämter
Fachbehörden

Bezirksämter
Landesbetriebe
Rechnungshof der Freien und Hansestadt Hamburg

Nachrichtlich:

Arbeitsrechtliche Vereinigung Hamburg e.V.
Sonstige Empfänger lt. Verteiler

Steckelhörn 12
20457 Hamburg
Telefon +49 40 42831-1565
Telefax +49 40 4279-31163

E-Mail: Stefan.Priewe@personalamt.hamburg.de

Az: 102.00-1.27,3

30. Oktober 2024

Beihilferecht, Durchführung der Hamburgischen Beihilfeverordnung

Bekanntgabe an:	alle Bediensteten
Wesentlicher Inhalt:	Anpassung der beihilfefähigen Höchstbeträge für ärztlich verordnete Leistungen von Angehörigen der sog. Medizinalfachberufe
Vom Inhalt betroffener Personenkreis:	Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter sowie Versorgungsempfängerinnen und -empfänger
Veröffentlichung online:	Personalportal • MittVw.

Nachstehend ist eine Zusammenstellung von beihilfefähigen Höchstbeträgen abgedruckt für Leistungen von Masseurinnen und Masseuren, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten sowie sonstigen Angehörigen der sog. Medizinalfachberufe. Die Übersicht ersetzt ab dem 1. November 2024 (Leistungserbringung) die Übersicht über beihilfefähige Höchstbeträge für Leistungen von Angehörigen der sog. Heilhilfsberufe in der Fassung der Bekanntmachungen vom 10. Oktober 2024 (MittVw 2024 Seite 80 ff). Ebenso wie in der Vergangenheit gilt die Zusammenstellung auch bei Rehabilitationsleistungen und Kuren (§§ 20 und 21 HmbBeihVO).

Neu aufgenommen wurden Leistungen im Bereich der Physiotherapie (Blankverordnung) unter Nummer 3c) „Physiotherapeutische Diagnostik“ und 3d) „Bedarfsdiagnostik“ entsprechend der beigefügten Anlage. Darüber hinaus sind Aufwendungen für eine EAP bis zu dem in der beigefügten Anlage unter Nummer 15 angepassten Höchstbetrag beihilfefähig. Änderungen sind im anliegenden Verzeichnis in Fettdruck kenntlich gemacht.

Die Höchstbeträge entsprechen den vergleichbaren Regelungen des Bundes. Verbindliche staatliche Gebührenordnungen gibt es für diesen Bereich bisher nicht.

Aufwendungen für Doppelbehandlungen (= zwei unmittelbar aufeinander folgende Behandlungen) können nur bei einer auf den speziellen Einzelfall bezogenen ärztlichen Begründung als beihilfefähig anerkannt werden.

Stefan Priewe



Öffentliche Verkehrsmittel:
Bus-Linien 4 und 6 „Brandstwierte“
U-Bahn-Linie U1 „Meißberg“

Anlage

Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilbehandlungen

Abschnitt 1
Leistungsverzeichnis

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.11.2024
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 Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	7,50
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	a) mittels Hauben	18,20
Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Befundung und Berichte	
	a) Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
	b) Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50
	c) physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung d) Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	34,40 25,80
4	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	27,80

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.11.2024
5	Krankengymnastik ¹⁾ auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten	44,20
6	Krankengymnastik ³⁾ auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten	55,20
7	Krankengymnastik (KG) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer Richtwert: 20 bis 30 Minuten	12,50
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe ²⁾ (2 bis 4 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,80
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,70
c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60	
11	Manuelle Therapie ⁴⁾ , Richtwert: 15 bis 25 Minuten	33,40
12	Chirogymnastik ⁵⁾ (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 15 bis 20 Minuten	19,20

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.11.2024
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	12,90
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,00
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin o- der Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nach- ruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,60
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin o- der Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nach- ruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag	115,30
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließ- lich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizini- scher Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlun- gen je Kalenderhalbjahr	52,40
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Ein- zelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,80
Massagen		
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
	Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,30

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.11.2024
	a) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,40
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD) ⁵⁾	
	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
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	31,70
Palliativversorgung		
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe Richtwert: 10 bis 15 Minuten	13,60
23	Warmpackung eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Teilpackung	36,20

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.11.2024
	c) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	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
26	Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
27	Sonstige Packungen (z. B. Wickel, Auflagen, Kompressen) auch mit Zusatz	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 6,10 5,40
30	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
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	12,10 17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	43,30 52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.11.2024
	a) Teilbad	37,90
	b) Vollbad	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	Medizinische Bäder 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
37	Gashaltige Bäder	
	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
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.	
Kälte- und Wärmebehandlung		
39	Kältetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas oder Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen Richtwert: 5 bis 10 Minuten	12,90

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.11.2024
40	Wärmetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mittels Heißluft Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,80
Elektrotherapie		
42	Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	17,60
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad) Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00
Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie		
47	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, 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, Richtwert: 60 Minuten	111,20

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.11.2024
47.1	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, 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, Richtwert: 30 Minuten	55,60
47.2	Bericht an die verordnende Person	6,20
47.3	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
48	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	49,40
	b) Richtwert: 45 Minuten	68,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	86,50
49	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	61,20
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	111,20
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)		
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	44,20
51	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	52,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	70,40
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	88,00
	d) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall	

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.11.2024
	aa) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert:120 Minuten	140,80
	bb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
	cc) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,40
51.1	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer Richtwert: 45 Minuten	42,30
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer Richtwert: 60 Minuten	56,30
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer Richtwert: 75 Minuten	70,40
52	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer Richtwert: 45 Minuten	18,50
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer Richtwert: 60 Minuten	24,70
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	43,10
53	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzel- behandlung, Richtwert: 45 Minuten	52,80
53.1	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rah- men eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten	152,40

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.11.2024
53.2	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer Richtwert: 45 Minuten	42,30
54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	24,70
Podologie		
55	Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
56	Podologische Behandlung (klein), Richtwert 35 Minuten	34,20
57	Podologische Behandlung (groß), Richtwert 50 Minuten	49,20
58	Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr Richtwert: 45 Minuten	54,50
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer Richtwert: 20 Minuten	21,90
59	Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	96,40
60	Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	52,80
61	Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	48,30
62	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
63	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
64	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
65	Behandlungsabschluss, ggf. einschließlich Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
66	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.11.2024
Sonstiges		
67	<p>Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrkosten, pauschal</p> <p>Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.</p>	25,60
68	Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen und Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient pauschal	16,70
69	<p>Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand)</p> <p>Der Hausbesuch ist nur beihilfefähig, wenn Leistungen nach Nummer 51 Buchstabe d) oder Nummer 53.1 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nummern 67 und 68 sind daneben nicht beihilfefähig.</p>	25,60
70	Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40
71	Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung	91,38

Hinweise:

Wenn im Leistungsverzeichnis ein Richtwert angegeben ist, ist die jeweilige Therapiemaßnahme einschließlich ihrer Vor- und Nachbereitung sowie ihrer Dokumentation innerhalb des durch den Richtwert angegebenen Zeitrahmens durchzuführen. Der Richtwert darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

Aufwendungen für Doppelbehandlungen (= zwei unmittelbar aufeinander folgende Behandlungen) können nur bei einer auf den speziellen Einzelfall bezogenen ärztlichen Begründung als beihilfefähig anerkannt werden.

**Abschnitt 2
Erweiterte ambulante Physiotherapie**

1. Aufwendungen für eine EAP nach Abschnitt 1 Nummer 15 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 und bei einer der folgenden Indikationen angewendet 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) Operationen am Skelettsystem bei
- aa) posttraumatischen Osteosynthesen,
 - bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
- c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulären Defiziten bei
- aa) Schulterprothesen,
 - bb) Knieendoprothesen,
 - cc) Hüftendoprothesen,
- d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
- aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
 - 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,
- e) Amputationen.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit 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 oder
 - d) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.
2. Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
3. Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
- a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
 - b) Physikalische Therapie,
 - c) MAT.
4. Werden Lymphdrainage, Massage, Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwassermassage zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 15 abgegolten.
5. Die Patientin oder der Patient muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

Abschnitt 3 Medizinisches Aufbautraining

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes MAT nach Abschnitt 1 Nummer 16 mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn
- a) das Training verordnet wird von
 - aa) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
 - bb) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
 - cc) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
 - dd) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,
 - b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt 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 einer Ärztin oder einem Arzt 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 Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog. Aufwendungen für eine Kontrolluntersuchung (Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) nach Abschluss der Behandlungsserie sind beihilfefähig.
 - b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen (Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog), zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings (Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) und begleitender krankengymnastischer Übungen (Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte). Aufwendungen für Leistungen nach Nummer 506, Nummer 558 analog sowie Nummer 846 analog der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig.
4. Werden die Leistungen von Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern für Heilbehandlungen nach § 9 Abs. 2 HmbBeihVO erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt 1 Nummer 16.
 5. Aufwendungen für 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 21 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 19 HmbBeihVO 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 21 umfassen folgende Leistungen:
 - a) Behandlung eines einzelnen Körperteils 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.

¹⁾ Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z.B. Bobath, Vojta, PNF) von mind. 120 Stunden anerkannt werden.

²⁾ Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.

³⁾ Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mind. 300 Stunden anerkannt werden.

⁴⁾ Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mind. 260 Stunden anerkannt werden.

⁵⁾ Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mind. 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.