

**Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung**

**Abschnitt 1**

**Psychotherapeutische Leistungen**

1. Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- a) Familientherapie,
- b) Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs,
- c) Gestalttherapie,
- d) Körperbezogene Therapie,
- e) Konzentrierte Bewegungstherapie,
- f) Logotherapie,
- g) Musiktherapie,
- h) Psychodrama,
- i) Respiratorisches Biofeedback und
- j) Transaktionsanalyse.

2. Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 4a bis 4f gehören

- a) Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind,
- b) Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung,
- c) Heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen und
- d) psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

## Abschnitt 2

### Psychosomatische Grundversorgung

1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt für

- a) Allgemeinmedizin,
- b) Augenheilkunde,
- c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- d) Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- e) Innere Medizin,
- f) Kinder- und Jugendlichenmedizin,
- g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- h) Neurologie,
- i) Phoniatrie und Pädaudiologie,
- j) Psychiatrie und Psychotherapie,
- k) Psychotherapeutische Medizin beziehungsweise Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- l) Urologie.

2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von

- a) einer Ärztin oder einem Arzt,
- b) einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
- c) einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder
- d) einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten.

Die behandelnde Person muss über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Interventionen verfügen.

### **Abschnitt 3**

#### **Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**

1. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren sowie

b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

2. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,

b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 6 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarung erfüllt, sowie

c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

3. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

a) Psychotherapeutische Medizin,

b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder

d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.

4. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in Ausnahmefällen (§ 4c Absatz 1 Nummer 3 und 4) ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird und die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in Ausnahmefällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Voraussetzung für die Anerkennung ist eine Indikation nach § 4b Absatz 1 und 2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

#### **Abschnitt 4**

#### **Verhaltenstherapie**

1. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren sowie

b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

2. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,

b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 6 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarung erfüllt, sowie

c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

3. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,

b) Psychiatrie und Psychotherapie,

c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder

d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten, die keine Fachärztinnen oder Fachärzte sind, können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

## **Abschnitt 5**

### **Systemische Therapie**

1. Leistungen der Systemischen Therapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in diesem Verfahren,
- b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und
- c) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4 und einer Zusatzqualifikation für dieses Verfahren, die die Anforderungen des § 6 Absatz 8 der Psychotherapievereinbarung erfüllt.

2. Leistungen der Systemischen Therapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
- b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 9 der Psychotherapievereinbarung erfüllt, sowie
- c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

3. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

- a) Psychiatrie und Psychotherapie,
- b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- c) Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“

mit erfolgreicher Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.

## **Abschnitt 6**

## **Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung**

1. Leistungen der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung dürfen nur von folgenden Personen erbracht werden:

a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4 sowie

b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4.

2. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

3. Wurde die Qualifikation nach Nummer 1 oder Nummer 2 bei Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychologischen Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Ausbildung und bei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person

a) in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben und

b) mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt haben.

4. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person

a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder 4 erfüllen sowie

b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

### **Aufwendungen für Arzneimittel, Medizinprodukte, Nahrungsergänzungsmittel, Mittel aus dem Bereich der privaten Lebensführung**

1. Nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 in Verbindung mit dieser Anlage sind bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, soweit sie nicht nach der Arzneimittel-Richtlinie in der Fassung vom 18. Dezember 2008 / 22. Januar 2009 (BAnz. Nr. 49a – Beilage – vom 31. März 2009) in der jeweils geltenden Fassung gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Verordnung in der GKV ausgeschlossen sind, sowie Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Eine Krankheit gilt als schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie auf Grund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörungen die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Als Therapiestandard gilt ein Arzneimittel, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemeinen Standard der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Voraussetzung für eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass die schwerwiegende Erkrankung und das für die Behandlung dieser Erkrankung verordnete Standardtherapeutikum in der Anlage I zum Abschnitt F der AM-RL in der jeweils aktuellen Fassung aufgeführt ist. Neben der Anlage I sind auch die Anlagen II, V und VI der AM-RL beihilferechtlich zu berücksichtigen.

2. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für alle nach dem Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394) in der jeweils geltenden Fassung zugelassenen Arzneimittel, sofern sie nicht nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW oder im Rahmen dieser Anlage ausgeschlossen sind.

3. Beihilfefähig sind Aufwendungen für zugelassene nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist oder wenn es zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auftretenden schwerwiegenden, schädlichen, unbeabsichtigten Reaktionen eingesetzt wird (unerwünschte Arzneimittelwirkungen).

4. Beihilfefähig sind Aufwendungen für von Ärztinnen und Ärzten oder Zahnärztinnen und Zahnärzten beschaffte zugelassene nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in Form von Spritzen, Infusionen, Salben und Inhalationen im Rahmen einer ambulanten Behandlung durch die Ärzte oder Zahnärzte mit einer einmaligen Anwendung verbraucht werden.

5. Beihilfefähig sind Aufwendungen für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, die für diagnostische Zwecke und Untersuchungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet werden.

6. Aufwendungen für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 oder 2 des Medizinproduktegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146) in der jeweils geltenden Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, sind indikationsbezogen beihilfefähig, wenn sie in der Anlage V der jeweils aktuellen Fassung der AM-RL aufgeführt sind. Die Regelung gilt nicht für von Heilpraktikern verbrauchte Stoffe und nicht für die Verabreichung von nichtbeihilfefähigen Medizinprodukten. Beihilfefähig sind ausschließlich Fertigarzneimittel, insbesondere die in Anlage I der AM-RL aufgeführten Wirkstoffe.

7. Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption nur bei Personen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres und bei Personen ab Vollendung des 48. Lebensjahres. Dies gilt entsprechend für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva („Pille danach“). Die Altersgrenzen sind unbeachtlich, wenn die Arzneimittel unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung mangels Alternative als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet werden und die Notwendigkeit durch eine Amtsärztin oder einen Amtsarzt bestätigt wird.

8. Bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind - unabhängig von der Verschreibungspflicht – die Aufwendungen für folgende Arzneimittel nicht beihilfefähig:

a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt,

b) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,

c) Abführmittel außer zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorerleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darm lähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase und

d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit (unberührt bleibt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei Erbrechen bei Tumortherapie und anderen schwerwiegenden Erkrankungen, zum Beispiel Menierescher Symptomkomplex).

9. Arzneimittel der Anthroposophie, der Homöopathie und der Phytotherapie sind - soweit nicht ausnahmsweise in der Anlage I der AM-RL aufgelistet - auch im Ausnahmeweg nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

10. Aufwendungen für ärztlich verordnete Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung ausnahmsweise beihilfefähig,



wenn eine Modifizierung der normalen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. Solche Ausnahmefälle liegen insbesondere vor bei:

- a) Ahornsirupkrankheit,
- b) AIDS-assoziierten Diarrhöen,
- c) Colitis ulcerosa,
- d) Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
- e) Kurzdarmsyndrom,
- f) Morbus Crohn,
- g) Mukoviszidose,
- h) Multipler Nahrungsmittelallergie,
- i) Niereninsuffizienz,
- j) Phenylketonurie,
- k) Tumortherapien (auch nach der Behandlung),
- l) postoperativer Nachsorge,
- m) angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel,
- n) angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
- o) erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (zum Beispiel Mundboden- und Zungenkarzinom).

11. Aufwendungen für Elementardiäten sind für Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr) mit Kuhmilcheiweißallergie beihilfefähig; dies gilt ferner für einen Zeitraum von sechs Monaten bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten zu diagnostischen Zwecken eingesetzt werden.

12. Aufwendungen für Arzneimittel, die zur Verwendung in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten verordnet werden (sogenannter OFF-Label-Use), sind grundsätzlich nur beihilfefähig, wenn sie in der Anlage VI Teil A der AM-RL (in der jeweils aktuellen Fassung) aufgeführt sind. Wirkstoffe zur Anwendung in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten, die nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung von einer Verordnung ausgeschlossen sind, sind im Teil B der in Satz 1 genannten Anlage aufgeführt; die Aufwendungen sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Für Entscheidungen über Anträge auf Zulassung einer beihilferechtlichen Ausnahme gilt § 4j Absatz 4 sinngemäß.

13. Verschreibungspflichtige Arzneimittel, die auch zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (gutartiger nicht kanzeröser Tumor), wie zum Beispiel Cialis 5 mg oder TadaHexal 5 mg, zugelassen sind, sind in der Dosierung 1 x täglich 5 mg beihilfefähig.

14. Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol, Nabilon oder getrockneten Cannabisblüten und Cannabisextrakten sind beihilfefähig, wenn

a) eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung

aa) nicht zur Verfügung steht oder

bb) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der zuständigen Amtsärztin oder des Amtsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Erkrankten nicht zur Anwendung kommen kann und

b) eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Die Beihilfestelle hat über den Erstantrag der oder des Beihilfeberechtigten (erste Verordnung) innerhalb eines Monats nach Antragseingang unter Beteiligung der zuständigen Amtsärztin oder des zuständigen Amtsarztes zu entscheiden (eine Beteiligung des Ministeriums der Finanzen ist grundsätzlich nicht erforderlich). Sofern innerhalb dieser Frist keine Stellungnahme des amtsärztlichen Dienstes erfolgt, entscheidet die Beihilfestelle zunächst für einen Behandlungszeitraum von drei Monaten unter Beachtung der oben genannten Kriterien nach Aktenlage. Die oder der Beihilfeberechtigte ist über die zeitlich befristete Entscheidung zu unterrichten. Folgeverordnungen bedürfen keines weiteren Voranerkennungsverfahrens, soweit die Zustimmung des amtsärztlichen Dienstes vorliegt.

15. Nicht beihilfefähig sind (unabhängig vom Alter des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Person sowie der Verschreibungspflicht):

a) Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen. Es sind dies zum Beispiel Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, so genannte Krankenkost und diätetische Lebensmittel einschließlich Produkte für Säuglinge oder Kleinkinder. Abweichend von Satz 1 sind beihilfefähig Aufwendungen für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung im Zusammenhang mit Enteraler und Parenteraler Ernährung im Rahmen der jeweils aktuellen Fassung des Abschnitts I der AM-RL sowie den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung.

b) Aufwendungen für Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dies sind Arzneimittel, deren Einsatz grundsätzlich durch die private Lebensführung bedingt ist oder die aufgrund ihrer Zweckbestimmung insbesondere

aa) nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen,

bb) zur individuellen Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen,

cc) zur Behandlung von Befunden angewandt werden, die lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist,

dd) zur Anwendung bei kosmetischen Befunden angewandt werden, deren Behandlung in der Regel nicht notwendig ist.

Hierzu gehören insbesondere Aufwendungen für Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.

c) Genussmittel, sämtliche Weine (auch medizinische Weine) und der Wirkung nach ähnliche, Ethylalkohol als einen wesentlichen Bestandteil (mindestens 5 Volumenprozent) enthaltene Mittel (ausgenommen Tinkturen im Sinne des Deutschen Arzneibuches und tropfenweise einzunehmende ethylalkoholhaltige Arzneimittel) sowie Mittel, bei denen die Gefahr besteht, dass sie wegen ihrer wohlschmeckenden Zubereitung als Ersatz für Süßigkeiten genossen werden,

d) Mineral-, Heil- oder andere Wässer,

e) Mittel, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle dienen sowie medizinische Haut- und Haarwaschmittel, medizinische Haarwässer und kosmetische Mittel. Ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Basiscremes, Baisalben, Haut- und Kopfhautpflegemittel, auch Rezepturgrundlagen, soweit und solange sie Teil der arzneilichen Therapie (Intervall-Therapie bei Neurodermitis/endogenem Ekzem, Psoriasis, Akne-Schältherapie und Strahlentherapie) sind und nicht der Färbung der Haut und –anhangsgebilde sowie der Vermittlung von Geruchseindrücken dienen,

f) Balneotherapeutika, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Balneotherapeutika bei Neurodermitis/endogenem Ekzem, Psoriasis und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises,

g) Mittel, die der Veränderung der Körperform (zum Beispiel Entfettungscreme, Busencreme) dienen sollen,

h) Mittel zur Raucherentwöhnung,

i) Saftzubereitungen für Erwachsene, von in der Person des Patienten begründeten Ausnahmen abgesehen,

j) Würz- und Süßstoffe, Obstsäfte

k) Abmagerungsmittel und Appetitzügler,

l) Anabolika, außer bei neoplastischen Erkrankungen,

m) Stimulantien (zum Beispiel Psychoanaleptika, Psychoenergetika und Leistungsstimulantien), ausgenommen bei Narkolepsie und schwerer Zerebralsklerose sowie beim hyperkinetischen Syndrom und bei der so genannten minimalen zerebralen Dysfunktion vorpubertärer Schulkinder,

- n) so genannte Zellulartherapeutika und Organhydrolysate,
- o) so genannte Geriatrika und so genannte Arteriosklerosemittel,
- p) Roborantien, Tonika und appetitanregende Mittel,
- q) Insekten-Abschreckmittel,
- r) Fixe Kombinationen aus Vitaminen und anderen Stoffen, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Vitamin D-Fluorid-Kombinationen zur Anwendung bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und zur Osteoporoseprophylaxe,
- s) Arzneimittel, welche nach § 11 Absatz 3 des Arzneimittelgesetzes nur mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise:

Traditionell angewendet:

- aa) zur Stärkung oder Kräftigung,
  - bb) zur Besserung des Befindens,
  - cc) zur Unterstützung der Organfunktion,
  - dd) zur Vorbeugung,
  - ee) als mild wirkendes Arzneimittel
- in den Verkehr gebracht werden.

## **Anlage 3**

### **Aufwendungen für Hilfsmittel**

#### **Abschnitt I**

**Beihilfefähig sind die angemessenen Aufwendungen von ärztlich verordneten Hilfsmitteln, Geräten und Körperersatzstücken, die nachfolgend aufgeführt oder die im Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung mit einer Hilfsmittelnummer verzeichnet sind:**

1. Abduktionslagerungskeil, Absauggerät (zum Beispiel bei Kehlkopferkrankungen), Allergiebettwäsche (Abschnitt II Nummer 1 ist zu beachten), Adaptionshilfe, Alarmgerät für Epileptikerinnen und Epileptiker), Anpassungen für diverse Gebrauchsgegenstände (zum Beispiel Universalhalter für Schwerstbehinderte zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme), Anus-*praeter*-Versorgungsartikel, Anzieh- oder Ausziehhilfe, Aquamat, Armmanschette, Armtragegurt oder -tuch, Assistenzhund (zum Beispiel bei Epilepsie) und nachgewiesener GdB von mindestens 80 (Abschnitt II Nummer 3 gilt sinngemäß), Atemmonitor, Atemtherapiegerät, Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung), Auffahrrampe für Krankenfahrstuhl, Aufrichteschlaufe, Aufrichtstuhl, Aufstehgestelle, Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderung), Augenbadewanne, -dusche, -spülglas, -flasche, -pinsel, -pipette oder -stäbchen, Augenschielklappe, auch als Folie, Autokindersitz für Kinder mit Behinderungen (Abschnitt II Nummer 2 ist zu beachten).
2. Badestrumpf, Badewannensitz (bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr oder Polyarthrit), Badewannenverkürzer, Ballspritze, Beatmungsgeräte, Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie, Bettnässer-Weckgerät, Beugebandage, Billroth-Batist-Lätzchen, Blasenfistelbandage, Blindenführhund einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb (Abschnitt II Nummer 3 ist zu beachten), Blindenhilfsmittel (Abschnitt II Nummer 4 ist zu beachten), Blutdruckmessgerät (Abschnitt II Nummer 5 ist zu beachten), Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz), Blutlanzette, Blutzuckermessgerät (Abschnitt II Nummer 6 ist zu beachten), Blutzuckerteststreifen (Abschnitt II Nummer 7 ist zu beachten), Bracelet, Bruchband.
3. Clavicula-Bandage, Communicator (bei dysarthrischen Sprechstörungen), CPAP-Gerät.
4. Defibrillatorweste, Dekubitus-Schutzmittel (zum Beispiel Auf- oder Unterlagen für das Bett oder den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße, Spezialmatratzen, Keile, Kissen), Delta-Gehrad, Drehscheibe und Umsetzhilfen, Duschsitz oder -stuhl.
5. Einlagen (orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse), Einmalschutzhose bei Querschnittgelähmten, Ekzemmanschette, Elektrostimulationsgerät, Epicondylitisbandage oder -spange mit Pelotten, Epitrainbandage, Ernährungspumpe, Ernährungssonde.

6. Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese), Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner), Fingerling, Fingerschiene, Fixationshilfe, Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung).

7. Gehgipsgalosse, Gehhilfen und -übungsgeräte, Gehörschutz, Gehstützen, Gehwagen, Genutrain-Aktiv-Kniebandage, Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese), Gilchrist-Bandage, Gipsbett (Liegeschale), Glasstäbchen, Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz, Gummistrümpfe.

8. Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze, Handgelenkriemen, Hebekissen, Heimdialysegerät, Helfende Hand (Scherenzange), Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgerät, Hilfsgeräte (für Schwerstbehinderte, Ohnhänder u.a.), Hochtongerät, Hörhilfen (Abschnitt II Nummer 8 ist zu beachten).

9. Impulsvibrator, Infusionsbesteck oder -gerät und Zubehör, Inhalationsapparate (einschließlich Sauerstoff und Zubehör, jedoch keine Luftbefeuchter, -filter, -wäscher), Innenschuh (orthopädischer), Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor), Irisschale mit gefärbter Pupille bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut eines blinden Auges.

10. Kanülen und Zubehör, Katapultsitz, Katheter (auch Ballonkatheter und Zubehör), Kieferspreizgerät, Klosett-Matratze für den häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz, Klumpfußschiene, Klumphandschiene, Klyso, Kniekappe/ -bandage, Kniepolster/ -rutscher bei Unterschenkelamputation, Knöchel- und Gelenkstützen, Körperersatzstücke (Abschnitt II Nummer 9 ist zu beachten), Kopfring mit Stab, Kopfschreiber, Kopfschützer, Korrekturschienen u.ä., Krabblerrahmen für Spastikerinnen und Spastiker, Krampfaderbinde, Krankenfahrstühle (auch Brems- und Schiebehilfen), Krankenstöcke (einschließlich Gehbänkchen mit Zubehör), Kreuzgelenkbandage, Kreuzstützbandage.

11. Latextrichter bei Querschnittlähmung, Leibbinde (jedoch keine Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden), Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattlesegerät, Auflagegestell), Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige, Lifter (Krankenlifter, Multilift, Badhelfer, Krankenheber oder Badewannenlifter), Lispelsonde, Lumbalbandage.

12. Malleotrain-Bandage, Mangoldsche Schnürbandage, Manutrain-Bandage, Milchpumpe, Mundsperrer, Mundstab/ -greifstab.

13. Narbenschützer, Neurodermitis-Overall (Abschnitt II Nummer 10 ist zu beachten).

14. Orthopädische Maßschuhe und Zurichtungen, die nicht serienmäßig herstellbar sind (Abschnitt II Nummer 11 ist zu beachten), Orthese, Orthoprothese.

15. Pavlik-Bandage, Peak-Flow-Meter, Perücke (Abschnitt II Nummer 12 ist zu beachten), Pflegebett in behindertengerechter Ausstattung, Peroneusschiene, Phona-tor, Polarimeter, Psoriasis-kamm.

16. Quengelschiene.

17. Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige, Reflektometer, Reizstromgerät zur Behandlung der Skoliose, Rektophor, Rollator, Rollbrett, Rutschbrett.

18. Schede-Rad, Schrägliegebrett, Schutzbrille für Blinde, Schutzhelm für Behinderte, Schwellstromapparat, Segofix-Bandagensystem, Sehhilfen (Abschnitt II Nummer 13 zu beachten), Sitzkissen für Oberschenkelamputierte, Skolioseumkrümmungsbandage, Spastikerhilfen (auch Übungsgeräte), Sphinkter-Stimulator, Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion, Sprechhilfen (auch elektronische), Sprechkanülen, Spreizfußbandage, Spreizhose, -schale, -wagenaufsatz, Spritzen, Stehübungsgerät, Stomaversorgungsartikel, Strickleiter (zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter), Stützapparate, Stumpfschutzhülle, Stumpfstrümpfe (und Narbenschützer), Suspensorium, Symphysengürtel.

19. Talocrur (Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar), Therapiedreirad (Abschnitt II Nummer 14 ist zu beachten), Therapiestuhl, Tinnitusgerät, Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten, Tracheostomaversorgungsartikel (auch Wasserschutzgerät - Larchel -), Tragegurtsitz.

20. Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlicher pädaudiologischer Diagnostik bei Bestehen einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung auch eine Einschränkung des Sprachverständnisses im Störschall besteht, Übungsschiene, Ultraschallvernebler, Urinale, Urostomiebeutel.

21. Verbandschuhe (Einzelschuhversorgung), Vibrationstrainer bei Taubheit.

22. Wasser- und Luftkissen, wasserfeste Gehhilfe, Wechseldruckgerät.

23. Zyklomat-Hormon-Pumpe.

## **Abschnitt II**

Für die nachfolgenden Hilfsmittel gelten zusätzlich folgende Regelungen:

### 1. Allergiebettwäsche (Komplettset Encasings)

Aufwendungen für ein Komplettset Allergiebettbezüge (Kopfkissen, Oberbett- und Matratzenbezug) sind bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro (Doppelbetten 240 Euro) beihilfefähig.

Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung sind nach einer Mindestnutzungsdauer von

- a) zwei Jahren, bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr,
- b) vier Jahren, bei Kindern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr und
- c) sechs Jahren bei Personen ab dem 17. Lebensjahr

beihilfefähig.

### 2. Autokindersitz für Kinder mit Behinderung

Die Aufwendungen für einen behindertengerechten Autokindersitz sind einschließlich Zubehör abzüglich eines Eigenanteils von 150 Euro beihilfefähig.

### 3. Blindenführhund

a) Die Anschaffungs- und Ausbildungskosten eines Blindenführhundes sowie die geführten Trainingsstunden zum Umgang mit dem Hund (Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb gilt entsprechend) sind beihilfefähig.

b) Die Unterhaltskosten (unter anderem: Tierarzt, Futter, Kranken- und Haftpflichtversicherungen) sind ohne Nachweis bis zu 140 Euro im Monat beihilfefähig. Werden höhere Kosten geltend gemacht, ist die Vorlage von Belegen erforderlich.

### 4. Blindenhilfsmittel

#### a) Computerspezialausstattung

Spezialhardware und Spezialsoftware sind bis zu einem Betrag von 3 500 Euro beihilfefähig. Eine gegebenenfalls notwendige Braillezeile (40 Module) ist zusätzlich bis zu 5 400 Euro einschließlich aller Zusatzgeräte beihilfefähig.

b) Blindenlangstöcke und Unterweisung in den Gebrauch von Blindenhilfsmitteln und für Training in Orientierung und Mobilität.

aa) Aufwendungen für die Anschaffung zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte sind beihilfefähig.

bb) Aufwendungen für die Unterweisung in den Gebrauch des Langstocks sowie Training in Orientierung und Mobilität sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

aaa) Einzeltraining ambulant oder stationär in einer Spezialeinrichtung bis zu 100 Stunden, Mindestdauer 60 Minuten (einschließlich der Vor- und Nachbereitung), je Stunde 66,75 Euro.

bbb) Fahrzeitentschädigung für Fahrten der Trainerin oder des Trainers, je angefangene fünf Minuten 4,42 Euro.

ccc) Fahrkosten der Trainerin oder des Trainers (0,30 Euro je gefahrenen Kilometer bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges; im Übrigen die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels).

ddd) Kosten für Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, wenn eine Rückfahrt zum Wohnort am Tag des Trainings nicht zumutbar ist, je Tag 26 Euro.

Trainiert die Trainerin oder der Trainer an einem Tag mehrere blinde Menschen, sind die oben genannten Kosten nur anteilig beihilfefähig.

cc) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (zum Beispiel bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes oder bei Wechsel des Wohnortes) sind entsprechend Doppelbuchstabe bb beihilfefähig.



dd) Aufwendungen für ein ergänzendes Training an Blindenleitgeräten sind bis zu 30 Stunden entsprechend Doppelbuchstabe bb beihilfefähig. Aufwendungen für weitere Stunden sind beihilfefähig, wenn die Trainerin oder der Trainer oder eine Ärztin oder ein Arzt die Notwendigkeit begründet.

ee) Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Rechnung einer Blindenorganisation oder der Trainerin oder des Trainers, die oder der zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist, nachzuweisen. Wenn Umsatzsteuerpflicht besteht, erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

#### 5. Blutdruckmessgerät

Als beihilfefähiger Höchstbetrag wird ein Betrag von 50 Euro festgesetzt.

#### 6. Blutzuckermessgerät

Aufwendungen zur kontinuierlichen interstitiellen Gewebezuckermessung mit Real-Time Messgeräten einschließlich der erforderlichen Sensoren sind bei insulinpflichtiger Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedarf, beihilfefähig, wenn das Gerät von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie oder Diabetologie, von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologin oder Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder mit vergleichbarer Qualifikation oder einer Fachärztin oder einem Facharzt „Kinder- und Jugendmedizin mit entsprechender Zusatzqualifikation“ verordnet wird. Beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für die notwendige Schulung in der sicheren Handhabung des Gerätes. Die Versorgung mit einem Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung schließt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ein konventionelles Blutzuckermessgerät (beihilfefähiger Höchstbetrag 100 Euro) einschließlich der erforderlichen Bluttteststreifen nicht aus.

#### 7. Blutzuckerteststreifen (Glucose-Teststreifen)

Beihilfefähig je Teststreifen ist ein Höchstbetrag von 0,70 Euro.

#### 8. Hörhilfen

Beihilfefähig sind Hinter-dem-Ohr-Geräte (HdO-Geräte), In-dem-Ohr-Geräte (IdO-Geräte), Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte (C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals) und drahtlose Hörhilfen bis zu einem Betrag von 1 500 Euro pro Ohr. Mit diesem Betrag sind sämtliche Nebenkosten einschließlich der Aufwendungen einer Otoplastik sowie der medizinisch notwendigen Fernbedienung abgegolten. Die Mindesttragedauer beträgt fünf Jahre. Die erneute Verordnung von Hörgeräten vor Ablauf von fünf Jahren bedarf der besonderen Begründung und gegebenenfalls der Überprüfung durch eine Amtsärztin oder einen Amtsarzt. Medizinische Gründe können zum Beispiel fortschreitende Hörverschlechterungen oder

Ohrsekretionen sein. Technische Gründe ergeben sich aus dem Gerätezustandsbericht des Hörgeräte-Akustikers.

Cochlea-Implantate sind keine Hilfsmittel, sondern sind beihilferechtlich als Körperersatzstücke zu behandeln. Der Selbstbehalt nach § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 3 der Beihilfenverordnung NRW gilt hierfür nicht.

#### 9. Körperersatzstücke einschließlich Zubehör

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Körpersatzstücke einschließlich Zubehör, abzüglich eines Eigenanteils von 30 Euro für Brustprothesenhalter und 60 Euro für Badeanzüge, Bodys oder Korsetts für Brustprothesenträgerinnen.

#### 10. Neurodermitis-Overalls

Bei an Neurodermitis erkrankten Kindern sind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr die Aufwendungen für jährlich zwei Neurodermitis-Overalls bis zu einem Höchstbetrag von jeweils 80 Euro beihilfefähig.

#### 11. Schuhe

a) Aufwendungen für orthopädische Maßschuhe (auch Orthesenschuhe) sind um den Betrag für eine normale Fußbekleidung zu kürzen (häusliche Ersparnis). Als Kürzungsbetrag sind bei Erwachsenen 70 Euro (für Hausschuhe 30 Euro) und bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr 40 Euro (für Hausschuhe 20 Euro) anzusetzen.

b) Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind höchstens für zwei Paar Schuhe und ein Paar Hausschuhe pro Jahr beihilfefähig.

c) Aufwendungen für Spezialschuhe für Diabetiker, abzüglich eines Eigenanteils von 70 Euro.

d) Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehnenbeschäden oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen).

#### 12. Perücke

Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Perücke sind bis zu einem Höchstbetrag von 1 200 Euro (800 Euro bis zum vollendeten 14. Lebensjahr) beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (zum Beispiel: Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (zum Beispiel infolge einer Schädelverletzung), oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall (zum Beispiel in Folge einer Chemotherapie) vorliegt. Aufwendungen für eine Zweitperücke sind beihilfefähig, wenn die Tragedauer laut ärztlichem Attest den Zeitraum von zwölf Monaten überschreiten wird. Eine Ersatzbeschaffung ist frühestens nach 24 Monaten möglich; dies gilt nicht, wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat.

### 13. Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen)

a) Aufwendungen für die Erstbeschaffung einer ärztlich verordneten Brille oder von Kontaktlinsen, Entspiegelung und Härtung sind in angemessenem Umfang beihilfefähig. Aufwendungen für höherbrechende Gläser und eine Superentspiegelung sind ab 6 Dioptrien beihilfefähig. Für Kunststoffgläser bestehen keine beihilferechtlichen Einschränkungen.

b) Als angemessene Kosten einer Erst- oder Ersatzbeschaffung von Kontaktlinsen (Jahres-, Monats-, Tages- oder Einmallsinsen) gelten die Aufwendungen für Dauerlinsen in einem Zeitraum von 24 Monaten (170 Euro je Auge). Dies gilt nicht, wenn

aa) Wegwerf- oder Einmallsinsen nach ärztlicher Begründung als Verbandlinse oder Medikamententräger benötigt werden,

bb) auf Grund von Brechungsfehlern, die progressiv verlaufen, die Linsen mehrfach im Jahr durch stärkere Linsen ersetzt werden müssen oder

cc) ein häufiger Austausch der Linsen aus anderen medizinischen Gründen zwingend indiziert ist.

c) Sind Kontaktlinsen verordnet oder gewählt worden, sind daneben die Aufwendungen für eine Brille nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen des zeitweisen Unterbrechens der Tragedauer von Kontaktlinsen (in Fällen ab acht Dioptrien, des irregulären Astigmatismus, der Anisometropie ab zwei Dioptrien) beihilfefähig.

d) Bei einer Ersatzbeschaffung besteht ein Wahlrecht für die Verwendung einer Brille oder von Kontaktlinsen. Der Wechsel von einer Brille zu Kontaktlinsen oder von Kontaktlinsen zu einer Brille ist aus schwerwiegenden medizinischen Gründen (augenärztliche Begründung erforderlich) jederzeit beihilferechtlich möglich.

e) Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Sehhilfen (zwei Brillengläser oder Kontaktlinsen) sind bei Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, bei einer Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien (sphärischer Wert) beihilfefähig. Bei gleichbleibender Sehschärfe sind die Aufwendungen einer Ersatzbeschaffung von Kontaktlinsen nach zwei Jahren bis zu 170 Euro je Kontaktlinse und nach drei Jahren von 220 Euro je Brillenglas (bis 5,75 Dioptrien) oder 250 Euro je Glas (ab 6 Dioptrien) beihilfefähig.

f) Für die Ersatzbeschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen mit Ausnahme einer Prismenbrille reicht anstelle der ärztlichen Verordnung die Refraktionsbestimmung durch eine Augenoptikerin oder einen Augenoptiker aus. Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.

g) Aufwendungen für ein Brillengestell (auch die Reparaturkosten des Gestells) sind bis zu 70 Euro sowie die Einschleifkosten der Brillengläser in das Gestell bis zu einem Betrag von 25 Euro je Glas beihilfefähig.

h) Aufwendungen für Sonnenbrillen sind nur bei zwingender medizinischer Indikation beihilfefähig. Mehraufwendungen für phototrope Gläser (zum Beispiel Colormaticgläser, Umbramaticgläser) sind nur bei Albinismus, Pupillotonie und totaler Aniridie (Fehlen der Regenbogenhaut) beihilfefähig.

i) Soweit Schüler (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) während des Sportunterrichts ärztlich begründet Sportbrillen tragen müssen, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

j) Aufwendungen für eine Bildschirmbrille, ein Brillenetui sowie eine Brillenversicherung sind nicht beihilfefähig.

#### 14. Therapiedreirad, Therapietandem, Handy-Bike und Roll-Fiets

Beihilfefähig ist der Grundpreis der jeweils einfachsten Ausführung des Hilfsmittels. Von diesem Grundpreis ist als Selbstbehalt für die häusliche Ersparnis der Anschaffung eines Hilfsmittels ohne Elektrounterstützung 700 Euro (für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 300 Euro) in Abzug zu bringen. Für ein Hilfsmittel mit Elektrounterstützung (medizinische Notwendigkeit muss hinreichend begründet sein) ist ein einheitlicher Selbstbehalt in Höhe von 2 000 Euro in Abzug zu bringen. Auf Grund der jeweiligen Körperbehinderung notwendige Zusatzkosten für Sonderausstattungen sind dem Grundpreis hinzurechnen.

### **Abschnitt III**

Nicht beihilfefähig sind unter anderem folgende Gegenstände:

1. Adju-Set/-Sano, Auffahrrampen (gegebenenfalls beihilfefähig im Rahmen des § 5e Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW), Angorawäsche, Anti-Allergene-Matratze, Aqua-Therapie-Hose, Augenheizkissen, Autofahrerrückenstütze, Autokindersitz für nicht behinderte Kinder, Autokofferraumlifter, Autolifter.

2. Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte, Basaltthermometer, Bandscheibenmatratzen, Bauchgurt, Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung, Bidet, Bill-Wanne, Brückentisch.

3. (frei)

4. Dusche.

5. Einkaufsnetz, Einmalhandschuhe, es sei denn, sie sind bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter oder bei Querschnittsgelähmten zur Darmentleerung erforderlich, Eisbeutel und -kompressen, Elektrische Zahnbürste, Elektro-Luftfilter, Elektronik-Muscle-Control (EMC 1000), Erektionshilfen, Ergometer, Ess- und Trinkhilfen, Expander.

6. Fieberthermometer, Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (zum Beispiel Venentrainer).

7. Garage für Krankenfahrzeuge, Gesundheitsschuhe.
8. Handtrainer, Hängeliege, Hantel (Federhantel), Hausnotrufsystem (gegebenenfalls beihilfefähig im Rahmen des § 5e Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW), Hautschutzmittel, Heizdecke/ -kissen, Hilfsgeräte für die Hausarbeit, Höhensonne, Hörkissen, Hörkragen Akusta-Coletta.
9. Intraschallgerät (Schallwellengerät), Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma), Ionisierungsgeräte (zum Beispiel Ionisator, Pollimed 100), Ionopront (PermoX-Sauerstoffzeuger).
10. (frei)
11. Katzenfell, Knickfußstrumpf, Knoche Natur-Bruch-Slip, Kraftfahrzeuge einschließlich behindertengerechter Um- und Einbauten, Kreislaufgerät, Krankenunterlagen, es sei denn
  - a) sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitisen),
  - b) neben der Blasen- oder Darminkontinenz liegen so schwere Funktionsstörungen vor (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust), dass sonst der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitisen droht),
  - c) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht.
12. Language-Master, Luftreinigungsgeräte.
13. Magnetfolie, Monophonator, Munddusche.
14. Nackenheizkissen.
15. Öldispersionsapparat.
16. Pulsfrequenzmesser.
17. (frei)
18. Rotlichtlampe, Rückentrainer.
19. Salbenpinsel, Schlaftherapiegerät, Schuhe (soweit nicht in Abschnitt II Nummer 11 aufgeführt), Spezialsitze, Spirometer, Spranzbruchband, Sprossenwand, Sterilisator, Stimmübungssystem für Kehlkopflose, Stockroller, Stockständer, Stufenbett, SUNTRONIC-System (AS 43).
20. Taktellgerät, Tamponapplikator, Telefonverstärker, Telefonhalter, Therapeutische Wärme-/Kältesegmente. Treppenlifte (gegebenenfalls beihilfefähig im Rahmen des § 5e Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW).
21. Übungsmatte, Ultraschallgeräte, Urin-Prüfgerät.

22. Venenkissen.

23. Waage, WC-Sitz.

**Anlage 4**  
**(zu § 4 Absatz 1, § 4j Absatz 3)**

Beihilferechtliches Gebührenverzeichnis NRW für Heilpraktikerleistungen

**1. Allgemeine Hinweise**

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker üben ihren Beruf eigenverantwortlich aus. Das Berufsbild zählt zu den freien Berufen im Sinne des § 18 des Einkommensteuergesetzes.

Die Tätigkeit der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Behandlungsvertrag (als besondere Form des Dienstvertrags nach §§ 630a bis 630h des Bürgerlichen Gesetzbuches) mit Patientinnen und Patienten. Der Vertrag ist laut § 145 des Bürgerlichen Gesetzbuches nicht an eine bestimmte Form gebunden und kann auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlungen zustande kommen.

Im Rahmen eines einheitlichen Behandlungszieles wenden Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker die notwendigen Verfahren an, die zu einer diagnostischen Abklärung und einer entsprechenden therapeutischen Beeinflussung des jeweiligen Krankheitsgeschehens notwendig sind.

§ 4j Absatz 3 dieser Verordnung gilt entsprechend.

Nach § 630b in Verbindung mit § 611 des Bürgerlichen Gesetzbuches ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen den Parteien überlassen. Auch wenn beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen wurde, gilt sie doch nach § 630b in Verbindung mit § 612 des Bürgerlichen Gesetzbuches als vereinbart.

Ist in Ermangelung einer Taxe die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 630b in Verbindung mit § 612 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

Die Höhe der üblichen Vergütung resultiert aus der Bestimmung der Leistung nach billigem Ermessen (§ 315 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für die Heilpraktikerin oder den Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflichten.

## 2. Rechnungshinweise

Eine Rechnungserstellung hat korrekt im Sinne der Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zu erfolgen. Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den Zahlungspflichtigen, als auch für die Beihilfestellen übersichtlich und nachvollziehbar sein. Hierbei sind insbesondere anzugeben:

- a) Vor- und Zuname und die vollständige Adresse des Patienten,
- b) die vollständige Diagnose (hierbei sind für alle im entsprechenden zeitlichen Zusammenhang durch den Heilpraktiker festgestellten und/oder behandelten Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen die entsprechenden Diagnosen in nachvollziehbarer Form anzugeben, so dass sich ein erkennbarer Zusammenhang zu allen Behandlungsmaßnahmen sowie den verordneten oder verwendeten Arzneimitteln ergibt,
- c) jede Einzelleistung mit der entsprechenden Ziffer des nachfolgenden Verzeichnisses,
- d) jeder Einzelbetrag der entsprechenden Leistung,
- e) jeder Leistungskomplex mit dem entsprechenden Datum.

Nicht gesondert berechnungsfähig sind:

- a) Porto- und Versandkosten innerhalb einer Laborgemeinschaft, Kleinmaterialien wie Zellstoff- und Mulltupfer, Schnellverbandmittel, Verbandspray, Einmalspatel und -stäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge, kleine Mull- und Zellstoffkompressen. (Werden wegen der Besonderheit des Falles größere Mengen Mull oder Zellstoff benötigt, können diese mit dem Selbstkostenpreis zur Berechnung kommen),
- b) Mittel zur Oberflächenanästhesie, Desinfektions- und Reinigungsmittel, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Puder und Salben sowie geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung,
- c) Einmalartikel, wie Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalkatheter, Einmaldarmrohre.

## 3. Beihilferechtliche Hinweise

a) Beihilfefähig sind ausschließlich die in dem nachfolgenden Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen mit den hierzu benannten Höchstbeträgen. Diese wurden seitens des Bundesministeriums des Innern mit dem Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände e.V. (DDH), Maarweg 10, 53123 Bonn, dem Fachverband Deutscher Heilpraktiker e.V. (FDH), Maarweg 10, 53123 Bonn, dem Freien Verband Deutscher Heilpraktiker e.V. (FVDH), Weseler Straße 19-21, 48151 Münster, der Union Deutscher Heilpraktiker e.V. (UDH), Waldstraße 21, 61137 Schöneck, dem Verband Deutscher Heilpraktiker e.V. (VDH), Ernst-Grote-Straße 13, 30916 Isernhagen und dem Bund Deutscher Heilpraktiker e.V. (BDH), Südstraße 11, 48231 Warendorf am 23. September 2011 für den Bundesbeihilfebereich vereinbart. Weitere Leistungen



(Ausnahme Buchstabe b) und höhere Honorarvergütungssätze sind nicht beihilfefähig.

b) Leistungen, die nicht im dem Gebührenverzeichnis aufgeführt sind, können ausnahmsweise entsprechend einer ähnlichen Leistung des Verzeichnisses berechnet werden. Eine verständliche Beschreibung dieser Leistung ist erforderlich. Es hat eine Kennzeichnung als analoge Leistung mit einem „A“ zur entsprechenden Ziffer zu erfolgen.

c) Die §§ 3 und 4 sowie Anlage 2 dieser Verordnung sind zu beachten.

#### 4. Gebührenverzeichnis:

Nummer	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag
<b>01 -10</b>	<b>Allgemeine Leistungen</b>	
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50 €
2a	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	80,00 €
2b	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie  <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 2b ist in einer Sitzung nur einmal und innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</i>	35,00 €
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin / des Heilpraktikers	3,00 €
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung  <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 4 ist nur als alleinige Leistung oder in Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 1 oder 17.1 beihilfefähig.</i>	18,50 €
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung  <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.</i>	9,00 €
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00 €
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	18,00 €
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags  <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Nummern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur</i>	20,00 €

	<i>Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>		
<b>9</b>	<b>Hausbesuch einschließlich Beratung</b>		
9.1	bei Tag		24,00 €
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)		26,00 €
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen		29,00 €
<b>10</b>	<b>Nebengebühren für Hausbesuche</b>		
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag - bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		4,00 €
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht - bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		8,00 €
10.5	für jeden zurückgelegten km bei Tag von 2-25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		1,00 €
10.6	für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2-25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		2,00 €
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden:  <i>Anmerkung: Die Wegekilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i>		0,20 €
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Die Patientin bzw. der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.		16,00 €
<b>11</b>	<b>Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen in Textform</b>		
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief für Patienten		5,00 €
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A 4 engzeilig maschinengeschrieben)	Ausführlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00 €
		Gutachtliche Äußerung	16,00 €
11.3	Individuell angefertigter Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen		8,00 €
<b>12</b>	<b>Chemisch-physikalische Untersuchungen</b>		
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich  <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des ph-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.</i>		3,00 €
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker)		4,00 €
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment		4,00 €
12.7	Blutstatus (nicht neben Nummer 12.9, 12.10, 12.11)		10,00 €

12.8	Blutzuckerbestimmung	2,00 €	
12.9	Hämoglobinbestimmung	3,00 €	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	6,00 €	
12.11		Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z.B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.	3,00 €
	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00 €
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	3,00 €	
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung  <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00 €	
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung  <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	7,00 €	
<b>13</b>	<b>Sonstige Untersuchungen</b>		
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art (zum Beispiel: pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein).  <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00 €	
<b>14</b>	<b>Spezielle Untersuchungen</b>		
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes  <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden. Leistungen nach Nummer 14.1 und Nummer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	8,00 €	
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes  <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.2 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden.</i>	8,00 €	
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,00 €	
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00 €	
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00 €	
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00 €	

14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00 €	
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00 €	
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen	8,00 €	
	<i>Anmerkung: Nicht neben Nummer 1 oder Nummer 4 berechenbar.</i>		
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck-/ und oder Strömungsmessungen	9,00 €	
<b>17</b>	<b>Neurologische Untersuchungen</b>		
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00 €	
<b>18 – 23</b>	<b>Spezielle Behandlungen</b>		
<b>20</b>	<b>Atemtherapie, Massagen</b>		
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00 €	
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a., Spezialnervenzpunktmassage	6,00 €	
20.3	Bindegewebsmassage	6,00 €	
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00 €	
20.5	Großmassage	6,00 €	
20.6	Sondermassagen	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00 €
		Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel: Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00 €
		Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlggerät	6,00 €
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00 €	
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00 €	
<b>21</b>	<b>Akupunktur</b>		
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00 €	
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00 €	
<b>22</b>	<b>Inhalationen</b>		
22.1	Inhalationen, soweit sie von dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00 €	
<b>24 – 30</b>	<b>Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren</b>		
<b>24</b>	<b>Eigenblut, Eigenharn</b>		
24.1	Eigenblutinjektion	11,00 €	
<b>25</b>	<b>Injektionen, Infusionen</b>		
25.1	Injektion, subkutan	5,00 €	
25.2	Injektion, intramuskulär	5,00 €	
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	7,00 €	
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung	7,00 €	
25.5	Injektion, intraartikulär	11,50 €	
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	11,50 €	

25.7	Infusion	8,00 €
25.8	Dauertropfeninfusion <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>	12,50 €
<b>26</b>	<b>Blutentnahmen</b>	
26.1	Blutentnahme	3,00 €
26.2	Aderlass	12,00 €
<b>27</b>	<b>Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren</b>	
27.1	Setzen von Blutegeln, gegebenenfalls einschließlich Verband	5,00 €
27.2	Skarifikation der Haut	4,00 €
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00 €
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00 €
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	5,00 €
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00 €
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00 €
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00 €
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00 €
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00 €
27.12	Biersche Stauung	5,00 €
<b>28</b>	<b>Infiltrationen</b>	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00 €
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00 €
<b>29</b>	<b>Roedersches Verfahren</b>	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00 €
<b>30</b>	<b>Sonstiges</b>	
30.1	Spülung des Ohres	5,00 €
<b>31</b>	<b>Wundversorgung, Verbände und Verwandtes</b>	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00 €
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00 €
<b>32</b>	<b>Versorgung einer frischen Wunde</b>	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00 €
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00 €
<b>33</b>	<b>Verbände (außer zur Wundbehandlung)</b>	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00 €
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	7,00 €
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>	10,00 €
<b>34</b>	<b>Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung</b>	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	17,00 €
<b>35</b>	<b>Osteopathische Behandlung</b>	
35.1	des Unterkiefers	11,00 €
35.2	des Schultergelenkes und der Wirbelsäule	21,00 €

35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	21,00 €
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00 €
35.5	des Daumens	10,00 €
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00 €
<b>36</b>	<b>Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen</b>	
	<i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00 €
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00 €
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00 €
36.4	Kneippsche Güsse	4,00 €
<b>37</b>	<b>Elektrische Bäder und Heißluftbäder</b>	
	<i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, (zum Beispiel: Kopf oder Arm)	3,00 €
37.2	Ganzheißluftbad, (zum Beispiel: Rumpf oder Beine)	5,00 €
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00 €
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00 €
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00 €
<b>38</b>	<b>Spezialpackungen</b>	
	<i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i>	
38.1	Fangopackungen	3,00 €
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00 €
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00 €
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	3,00 €
<b>39</b>	<b>Elektro-physikalische Heilmethoden</b>	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00 €
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00 €
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00 €
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00 €
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00 €
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00 €
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00 €
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00 €
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	4,00 €
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	4,00 €
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z.B. Jono-Modulator	4,00 €
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00 €

**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:

1. Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
  - a) Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten,
  - b) Masseurinnen und medizinische Bademeisterinnen oder Masseur 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
    - 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.

Beihilferechtlich angemessen sind nur die nachfolgenden Höchstbeträge:

### Abschnitt 1

#### Leistungsverzeichnis Heilbehandlungen

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	<b>Bereich Inhalation</b>	
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 €
	<b>Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>	
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans (einmal je Behandlungsfall)	16,50 €
4	Physiotherapeutischer Bericht auf Anforderung der verordnenden Person	63,50 €
5	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	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	44,20 €



Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
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	55,20 €
8	Krankengymnastik in einer Gruppe (zwei bis fünf Personen), Richtwert: 20 bis 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	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	83,50 €
11	Krankengymnastik im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten b) in einer Gruppe (zwei bis drei Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten c) in einer Gruppe (vier bis fünf Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,80 € 22,70 € 15,60 €
12	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	33,40 €
13	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	19,20 €
14	Bewegungsübungen a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten b) in einer Gruppe (zwei bis fünf Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	12,90 € 8,00 €
15	Bewegungsübungen im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten b) in einer Gruppe (zwei bis drei Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten c) in einer Gruppe (vier bis fünf Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,20 € 22,60 € 15,60 €
16	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Abschnitt 2 ist zu beachten)	108,10 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
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 (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 €
<b>Bereich Massagen</b>		
19	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,30 €
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,40 €
20	Manuelle Lymphdrainage (MLD) a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	33,80 € 50,60 € 67,50 € 21,50 €
21	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	31,70 €
<b>Bereich Palliativversorgung</b>		
22	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten (Abschnitt 4 ist zu beachten)	66,00 €
<b>Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>		
23	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten	13,60 €
24	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,60 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	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 Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30 €
27	Heublumensack, Peloidkompressen	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 €
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 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40 €
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10 €
38	<b>Gashaltiges Bad</b>	
	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.	
	<b>Bereich Kälte- und Wärmebehandlung</b>	
40	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten	12,90 €
41	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,50 €
42	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,80 €
	<b>Bereich Elektrotherapie</b>	
43	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,20 €
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	14,90 €
47	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
<b>Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie</b>		
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.	111,20 €
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.	55,60 €
50	Bericht an die verordnende Person	6,20 €
51	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20 €
52	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen a) Richtwert: 30 Minuten b) Richtwert: 45 Minuten c) Richtwert: 60 Minuten	49,40 € 68,00 € 86,50 €
53	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer a) Gruppe (zwei Personen), Richtwert: 45 Minuten b) Gruppe (drei bis fünf Personen), Richtwert: 45 Minuten c) Gruppe (zwei Personen), Richtwert: 90 Minuten d) Gruppe (drei bis fünf Personen), Richtwert: 90 Minuten	61,20 € 34,60 € 111,20 € 56,10 €
<b>Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)</b>		
<b>Teilbereich: Leistungen der Ergotherapie aufgrund einer ärztlichen Verordnung</b>		
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 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
55	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	52,77 €
56	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung als telemedizinische Leistung, Richtwert: 45 Minuten	52,77 €
57	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	70,36 €
58	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung als telemedizinische Leistung, Richtwert: 60 Minuten	70,36 €
59	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	52,77 €
60	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung als telemedizinische Leistung, Richtwert: 45 Minuten	52,77 €
61	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung, Richtwert: 75 Minuten	87,95 €
62	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung als telemedizinische Leistung, Richtwert: 75 Minuten	87,95 €
63	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld, Richtwert: 120 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann grundsätzlich einmal je Behandlungsfall erbracht werden.	140,71 €
64	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld als telemedizinische Leistung, Richtwert: 120 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann grundsätzlich einmal je Behandlungsfall erbracht werden.	140,71 €
65	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld, Richtwert: 120 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann grundsätzlich einmal je Behandlungsfall erbracht werden.	182,51 €
66	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld als telemedizinische Leistung, Richtwert: 120 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann grundsätzlich einmal je Behandlungsfall erbracht werden.	182,51 €
67	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld, Richtwert: 120 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann grundsätzlich einmal je Behandlungsfall erbracht werden.	152,32 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
68	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld als telemedizinische Leistung, Richtwert: 120 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann grundsätzlich einmal je Behandlungsfall erbracht werden.	152,32 €
69	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld, Richtwert: 120 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann grundsätzlich einmal je Behandlungsfall erbracht werden.	152,32 €
70	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld als telemedizinische Leistung, Richtwert: 120 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann grundsätzlich einmal je Behandlungsfall erbracht werden.	152,32 €
71	Motorisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), Richtwert: 45 Minuten	42,22 €
72	Motorisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) als telemedizinische Leistung, Richtwert: 45 Minuten	42,22 €
73	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), Richtwert: 60 Minuten	56,29 €
74	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) als telemedizinische Leistung, Richtwert: 60 Minuten	56,29 €
75	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), Richtwert: 45 Minuten	42,22 €
76	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) als telemedizinische Leistung, Richtwert: 45 Minuten	42,22 €
77	Psychisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), Richtwert: 75 Minuten	70,36 €
78	Psychisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) als telemedizinische Leistung, Richtwert: 75 Minuten	70,36 €
79	Motorisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen), Richtwert: 45 Minuten	18,47 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
80	Motorisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) als telemedizinische Leistung, Richtwert: 45 Minuten	18,47 €
81	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen), Richtwert: 60 Minuten	24,63 €
82	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) als telemedizinische Leistung, Richtwert: 60 Minuten	24,63 €
83	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen), Richtwert: 60 Minuten	24,63 €
84	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen), als telemedizinische Leistung, Richtwert: 60 Minuten	24,63 €
85	Psychisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen), Richtwert: 105 Minuten	43,10 €
86	Psychisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) als telemedizinische Leistung, Richtwert: 105 Minuten	43,10 €
87	Thermische Anwendung (Wärme oder Kälte), nur in Verbindung mit Verordnungen von motorisch-funktioneller oder sensomotorisch-perzeptiver Behandlung beihilfefähig	7,89 €
	<b>Teilbereich: Leistungen der Ergotherapie aufgrund einer ärztlichen Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankverordnung)</b>	
88	Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs bei Blankverordnung, 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 €
89	Versorgungsbezogene Pauschale je Blankverordnung Für den besonderen Aufwand der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers bei der Versorgung der zu behandelnden Person im Rahmen einer Blankverordnung, 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.	91,38 €
90	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Blankverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	17,59 €



Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
91	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung als telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	17,59 €
92	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	17,59 €
93	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung als telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	17,59 €
94	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	17,59 €
95	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung als telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	17,59 €
96	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann zweimal pro Blankoverordnung erbracht werden.	17,59 €
97	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld als telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann zweimal pro Blankoverordnung erbracht werden.	17,59 €
98	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann zweimal pro Blankoverordnung erbracht werden.	19,04 €
99	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld als telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann zweimal pro Blankoverordnung erbracht werden.	19,04 €
100	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann zweimal pro Blankoverordnung erbracht werden.	19,04 €
101	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld als	19,04 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	<p>telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann zweimal pro Blankoverordnung erbracht werden.</p>	
102	Motorisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	14,07 €
103	Motorisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) als telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	14,07 €
104	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	14,07 €
105	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) als telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	14,07 €
106	Psychisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	14,07 €
107	Psychisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) als telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	14,07 €
108	Motorisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	6,16 €
109	Motorisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) als telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	6,16 €
110	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	6,16 €
111	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) als telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	6,16 €
112	Psychisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	6,16 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
113	Psychisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) als telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten	6,16 €
114	Thermische Anwendung (Wärme oder Kälte) bei Blankoverordnung), nur in Verbindung mit motorisch-funktioneller Behandlung beihilfefähig	7,89 €
<p><b>Hinweise zu den Positionsnummern 88 bis 114:</b></p> <p>1. Eine Blankoverordnung gilt nur für diese Diagnosegruppen:  a) Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen)  b) Wahnhafte und affektive Störungen/Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen  c) Dementielle Syndrome</p> <p>2. Eine Blankoverordnung ist maximal 16 Wochen ab Verordnungsdatum gültig.</p> <p>3. 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.</p> <p>4. 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.</p>		
<p><b>Bereich Podologie</b></p>		
115	Podologische Befundung, je Behandlung	3,40 €
116	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20 €
117	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20 €
118	Erstbefundung klein, Richtwert: 20 Minuten	27,20 €
119	Erstbefundung groß, Richtwert: 45 Minuten, einmal je Kalenderjahr	54,50 €
120	Eingangsbefundung, Richtwert 20 Minuten, einmal je Leistungserbringerin oder Leistungserbringer	21,90 €
121	Therapiebericht auf Anforderung der verordnenden Person	16,40 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
122	Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	96,40 €
123	Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	52,80 €
124	Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	48,30 €
125	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00 €
126	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60 €
127	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80 €
128	Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange  Aufwendungen nach den Nummern 115 bis 117 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.	25,20 €
<b>Bereich Ernährungstherapie</b>		
129	Ernährungstherapeutische Anamnese, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	77,40 €
130	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 €
131	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei, Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – beihilfefähig	63,40 €
132	Ernährungstherapeutische Anamnese, Richtwert: 30 Minuten, einmal je Behandlungsfall	38,70 €
133	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70 €
134	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40 €
135	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten	77,40 €
136	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
137	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten  <b>Bereich Sonstiges</b>	54,20 €
138	Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,40 €
139	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10 €
140	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 €
141	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 €
142	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.	
143	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur beihilfefähig, wenn Aufwendungen der Positionsnummern 63, 65, 67, 69, 96, 98, 100 oder 135 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen nach den Nummern 139 und 140 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, Bindegewebsmassagen, 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.

**Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene oder teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

**Abschnitt I**

**Die Aufwendungen für nachfolgende Methoden sind nicht beihilfefähig:**

**A.**

1. ACP-Therapie,
2. Aktiv-spezifische Immuntherapie – ASI - mit autologer Tumorzellvakzine (auch Impfung mit dendritischen Zellen),
3. Akupunktmassage,
4. Akupressur,
5. Allergostop-Therapie (vgl. auch Ziffer 94),
6. Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z.B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne),
7. Atemtherapie nach Middendorf,
8. Atlasterapie nach Arlen und modifizierte Verfahren,
9. Autohomologe Immuntherapien – AHIT -, (z.B. ACTI-Cell-Therapie, nach Dr. Kief),
10. Autologe-Target-Cytokine – ATC - nach Dr. Klehr [auch tumorspezifische Immuntherapie (TSIT), (ATC-TSIT)],
11. Ayurvedische Behandlungen, z.B. nach Maharishi,

**B**

12. Behandlung mit ionisiertem Sauerstoff,
13. Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr,
14. Behandlung mit niederenergetischem Laser (Soft- und Mid-Power-Laser),
15. Behandlung mit Peptidvakzine (außer im Rahmen von klinischen Studien und der Stiko-Empfehlung),
16. Behandlung mit Symbionten- und Lactobazillenkulturen,
17. Biochemische Phototherapie,
18. Bioelektrische Stimulationstherapie,
19. Bioelektronische Funktionsdiagnostik – BFD –,
20. Biologische Krebstherapie nach Dr. Maar,
21. Biomagnetische Induktionstherapie,
22. Biomechanische Stimulation – BMS -,
23. Biomentale Therapie nach Dr. Greuel,
24. Biomolekulare vitOrgan-Therapie,
25. Biophotonen-Therapie,
26. Bioresonanzdiagnostik, Bioresonanztherapie u. -test, Mora-Therapie und vergleichbare Verfahren,
27. Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen,
28. Bogomoletz-Serum,
29. Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Barraquer,
30. Bruchheilung ohne Operation (biologische Injektionsbehandlung von Leisten-, Nabel- und anderen Brüchen),

## **C**

31. Cervicale Selektive Rezeptoren-Blockade,
32. (unbesetzt),
33. CO<sub>2</sub>-Insufflation (Quellgasbehandlung),
34. Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen,
35. Computergestützte mechanische Distraktionsverfahren [ zur nichtoperativen segmentalen Distraktion an der Wirbelsäule (zum Beispiel SpineMED-Verfahren, DRX 9000, Accu-SPINA)],
36. Computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung (z. B. Curavis Therapieprogramm),
37. Craniosacrale Osteopathie,
38. Cytotoxologische Lebensmitteltests,

## **D**

39. Decoderdermographie,
40. DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung),
41. Doman-Delcato bzw. BIBIC-Therapie,
42. Dormedverfahren,

## **E**

43. Eigenblutozonbehandlung (vgl. auch Ziffer 100)
44. Elektro-Akupunktur nach Voll,
45. Elektro-Cancer-Therapie – ECT - oder Galvanotherapie,
46. Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon,
47. Elektro-Neural-Diagnostik,
48. Elektronische Systemdiagnostik,
49. Epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nach Prof. Racz (vgl. auch Ziffern 86 und 140),
50. Eutonie - Therapie,

## **F**

51. Fratzer-Therapie,
52. Frischzellentherapie,
53. Fußreflexzonenmassage,

## **G**

54. Galvanotherapie (s. Elektro-Cancer-Therapie – ECT -),
55. Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (z.B. Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Heilmagnetische Behandlung, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik - BFD -, Mora-Therapie),
56. Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtschaltung durch negative statische Elektrizität,

## **H**

57. Hämatogene Oxidationstherapie – HOT -, Blutwäsche nach Wehrli,
58. Haifa-Therapie,
59. Heidelberger Kapsel (Säurewertmessung im Magen durch Anwendung der Endoradiosonde),
60. Heileurhythmie,
61. Heinz-Spagyrik-Therapie,

- 62. Hochdosierte, selektive UVA1-Bestrahlung,
- 63. Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung,
- 64. Höhlentherapie,
- 64a. Hornhautimplantation refraktiv zur Korrektur der Presbyopie,

## **I**

- 65. Immuno-augmentative Therapie – IAT -,
- 66. Immunseren (Serocytotherapie),
- 67. Insulin Potentiation Therapie – IPT -,
- 68. Intravasale Insufflation bzw. andere parenterale Infiltration von Sauerstoff und anderen Gasen,
- 69. IRAP-Therapie,
- 70. Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nicht ionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (z.B. Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne),
- 71. Isokinetische Muskelrehabilitation,

## **K**

- 72. (unbesetzt),
- 73. Kariesentfernung nach Prof. Fusayama,
- 74. Kinesiologische Behandlung,
- 75. Kirlian-Fotografie,
- 76. Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur),
- 77. Konduktive Förderung nach Petö, sofern nicht schon als heilpädagogische Behandlung ausgeschlossen,
- 78. (unbesetzt),
- 79. Krebs-Mehrschritt-Therapie nach Prof. von Ardenne,

## **L**

- 80. Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie,
- 81. Laserinduzierte interstitielle Thermotherapie – LITT -,
- 82. Leukozytenapherese,
- 83. Low-Level-Laser-Therapie (bei Tinnitus, Schwerhörigkeit und Hörsturz),
- 84. Lymphozytäre Autovaccine-Therapie bei HIV-Patienten,

## **M**

- 85. Manual-Therapie nach Dr. Kozijavkin,
- 86. MBS-Therapie (Kernspin-Resonanz-Therapie),
- 87. Medikamententestung nach Dr. Voll,
- 88. Minimalinvasive Wirbelsäulen-Kathetertechnik nach Racz,
- 89. Modifizierte Eigenblutbehandlung (z.B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin), Orthokin-Therapie und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen dem Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z.B. Clustermedizin, Gegensensibilisierung nach Theurer),
- 90. Mora-Therapie,
- 91. Musik- und Tanztherapie,

## **N**

- 92. Neurostimulation nach Molsberger (NSM),

93. Neurotopische Diagnostik und Therapie nach Desnizza und ähnliche Therapien mit Kochsalzlösunginjektionen,
94. Nicht-invasive Kariesbehandlung mit dem sog. HealOzone-Gerät,
95. Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall,

## **O**

96. Original Matrix-Regenerations-Therapie nach Dr. Köhler,
97. Orthokin-Therapie,
98. Osmotische Entwässerungstherapie,
99. OTCB Therapieprogramm,
100. Oxidativer Stress-Test,
101. Oxyvenierungstherapie nach Regelsberger (z.B. intravenöse Sauerstoffinsufflation, Sauerstoff-Infusions-Therapie – SIT -, Komplexe intravenöse Sauerstofftherapie – KIS -),
102. Ozontherapie, Sauerstoff-Ozon-Eigenbluttherapie, Oxytherapie, Hyperbare Ozontherapie,

## **P**

103. Panchakarma-Therapie,
104. Parenterale Autovaccine-Behandlung (bei den Diagnosen „Reizkolon“, „Colon Irritable“, rezidivierende katarrhalische Infekte“. rheumatoide Arthritis“),
105. PCA3 (Prostata CAncer Gene 3)-Test,
106. Peptidbehandlung nach Prof. Gauri,
107. Physikalisch-katalytische Sauerstoffinhalation,
108. Psycotron-Therapie,
109. Pyramidenenergiebestrahlung,

## **Q**

110. Qi-Gong (s. auch traditionelle chinesische Therapie),

## **R**

111. (unbesetzt),
112. Regeneresen-Therapie,
113. Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen,
114. RiV-Impftherapie bei AIDS,
115. Rolfing-Behandlung,

## **S**

116. Sauerstoff-Darmsanierung (Colonies),
117. Sauerstoff-Ionisationstherapie,
118. Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne,
119. Schwingfeld-Therapie,
120. Selektive UVA1-Bestrahlung,
121. Serelogische Test zur Immunglobin-G-4(IgG 4-) Bestimmung gegen Nahrungsmittel,
122. Soma-Behandlungstherapie,
123. Systematische Krebs-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne – sKMT -,

## **T**

124. Tai Chi (s. auch Traditionelle chinesische Therapie),
125. T-Zell - Vakzinierung nach Dr. Kübler,

- 126. Tanztherapie,
- 127. Therapie nach Dr. Kozijavkin,
- 128. Thermoregulationsdiagnostik,
- 129. Thermotheapie der Prostata (z.B. transurethrale Mikrowellentherapie der Prostata, TUMT) bei bösartigen Erkrankungen,
- 130. Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten,
- 131. Tomatis-Methode,
- 132. Traditionelle chinesische Therapie (z.B. Qi-Gong, Shiatsu-Therapie, Tai-Na, Tui-Na und Akupressur),
- 133. Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie (z.B. SAVIR-Verfahren)
- 134. Transzendente Meditation,
- 135. Trockenzellentherapie,
- 136. Tui-Na (s. auch traditionelle chinesische Therapie),

## U

- 137. Ultraviolettbestrahlung des Blutes – UVB -,
- 138. Uterus-Ballon-Therapie,

## V

- 139. Vaduril-Injektionen gegen Parodontose,
- 140. Vibrationsmassage des Kreuzbeins,
- 141. Visuelle Restitutionstherapie,

## W

- 142. Wiedemann-Serum-Therapie,
- 143. Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz,

## Y

- 144. Yoga-Übungen,

## Z

- 145. Zellmilieu-Therapie.

## Abschnitt II

**Die Aufwendungen für die nachfolgenden Methoden sind nur in dem angegebenen Umfang beihilfefähig:**

### 1. Akupunkturbehandlung

Zu den Aufwendungen können Beihilfen gewährt werden, wenn wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethoden ohne Erfolg angewandt worden sind. Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, entscheidet die Beihilfestelle (in Zweifelsfällen unter Beteiligung eines Amtsarztes).

Die Aufwendungen für eine Akupunktur zur Behandlung von Schmerzen (Nummern 269 und 269 a GOÄ) sind ohne Einschränkungen beihilfefähig.

### 2. Autologe Chondrozytenimplantation bzw. –transplantation

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlungen am Kniegelenk.

### 3. Chelat-Therapie

Aufwendungen für eine Chelat-Therapie sind nur beihilfefähig bei der Behandlung von

1. schwerwiegender Schwermetallvergiftung,
2. Morbus Wilson (Kupferspeicherkrankheit) oder
3. Siderosen (Eisenspeicherkrankheit).

Alternative Schwermetallausleitungen gehören nicht zur Behandlung einer Schwermetallvergiftung; die Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.

4. (unbesetzt)

### 5. Fokussierte Extrakorporale Stoßwellentherapie (f-ESWT) im orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Bereich

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung

1. verkalkender Sehnenenerkrankungen (Tendinosis calcarea),
2. nicht heilender Knochenbrüche (Pseudarthrose),
3. des Fersensporns (Fasciitis plantaris),
4. der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapierefraktäre Achillodynie) sowie
5. therapierefraktäre Epicondylitis humeri radialis.

Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT ist ausschließlich der analoge Ansatz der Ziffer 1800 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

### 6. Gendiagnostik

Beihilfefähig sind nur die Aufwendungen für wissenschaftlich anerkannte diagnostische und prädiktive Untersuchungen nach den Bestimmungen des Gendiagnostikgesetzes vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2529, 3672) in der jeweils geltenden Fassung. Die vorgeburtliche genetische Untersuchung zu medizinischen Zwecken ist auf die Feststellung genetischer Eigenschaften, die die Gesundheit des Fötus oder Embryos vor der Geburt oder nach der Geburt beeinträchtigen können, beschränkt. Aufwendungen für Untersuchungen auf Krankheiten, die gegebenenfalls erst im Erwachsenenalter ausbrechen können (spätmanifestierende Krankheiten), sind nach dem Gendiagnostikgesetz unzulässig; die Aufwendungen sind daher nicht beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für genetische Untersuchungen zur Klärung der Abstammung, im Versicherungsbereich sowie im Arbeitsleben (§§ 17, 18 und 19 des Gendiagnostikgesetzes).

Die Aufwendungen für Genexpressionstests sind ausschließlich beim Mammakarzinom (MammaPrint, OncotypeDX, EndoPredict und Prosigna-Genexpressionstest) beihilfefähig. Die Indikationen richten sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 21. März 2013 (BAnz AT 19.07.2013 B1) in der jeweils geltenden Fassung.

### 7. Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO)

Die Aufwendungen einer HBO (auch Überdruckbehandlung genannt) sind beihilfefähig bei Behandlung von

1. Arterieller Gasembolie,
2. Clostridiale Myonekrose,
3. Dekompressionskrankheit,

4. Diabetischem Fußsyndrom ab Wagner Stadium II,
  5. Gasbrand und andere nekrotisierende Weichteilinfektionen,
  6. Kohlenmonoxidvergiftung,
  7. Neuroblastomrezidiv im Stadium IV,
  8. Perzeptionsstörungen des Innenohres und damit verbundenen Tinnitusleiden.
- Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für Behandlungen bei Brandwunden, Erstmanifestation eines Neuroblastoms Stadium IV, Idiopathischer Femurkopfnekrose, Morbus Perthes, Myokardinfarkt und Schädelhirntrauma.

#### 8. Hyperthermiebehandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Tumorbehandlungen in Kombination mit Chemo- oder Strahlentherapie.

#### 9. Klimakammerbehandlungen

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Beihilfestelle aufgrund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

#### 10. Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Aerosol-Inhalationskur mit hochwirksamen Medikamenten, zum Beispiel Aludrin, durchgeführt wird.

#### 11. Magnetfeldtherapie

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung

1. von atrophischen Pseudarthrosen,
  2. bei Endoprothesenlockerung,
  3. bei idiopathischer Hüftkopfnekrose und
  4. verzögerter Knochenbruchheilung,
- wenn die Magnetfeldtherapie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.

#### 12. Peeling (mechanisch, chemisch, Enzym, Laser, Mikrodermabrasion)

Die Aufwendungen sind nur in Zusammenhang mit der Behandlung von Keratosen beihilfefähig.

#### 13. Protonentherapie

Die Aufwendungen sind grundsätzlich nur bei eingeschränkten Indikationen (Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus des Gemeinsamen Bundesausschusses) und nur in der Höhe beihilfefähig, wie sie die Behandlerin oder der Behandler mit der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung der erkrankten Person vereinbart hat.

#### 14. Radiale Extrakorporale Stoßwellentherapie (r-ESWT)

Die Aufwendungen sind im orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Bereich nur beihilfefähig bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis oder Fasciitis plantaris. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbehandlung der r-ESWT sind Gebühren nach der Nummer 302 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.



### 15. Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und induzierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalfachberufe (z.B. Krankengymnasten mit entsprechender Zusatzausbildung) durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind nach den Nummern 4 bis 6 der Anlage 5 beihilfefähig.

### 16. Visusverbessernde operative Maßnahmen

#### a) Austausch natürlicher Linsen

Bei einer reinen visusverbessernden Operation sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn der Austausch der natürlichen Linse die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.

Bei einem Austausch der natürlichen Linse zur Behandlung einer Katarakterkrankung sind neben den Operationskosten die Aufwendungen für die künstliche Linse nur bis zu einem Betrag von 300 Euro je Auge beihilfefähig.

#### b) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung (LASIK und vergleichbare Verfahren)

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur der Sehschwäche durch Brille oder Kontaktlinsen oder in Kombination nicht möglich ist.

#### c) Implantation einer additiven Linse (auch Add-on-Intraokularlinse)

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.

#### d) Implantation einer phaken Intraokularlinse

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.

Vor Durchführung der Behandlungen nach Buchstabe a Satz 1 und den Buchstaben b bis d ist die Zustimmung der Beihilfestelle einzuholen. Diese kann neben der Beteiligung einer Amtsärztin oder eines Amtsarztes eine Augenklinik (zum Beispiel Universitätsaugenklinik), die die Behandlung nicht selbst durchführen wird, um eine gutachterliche Stellungnahme bitten.

### Beihilferechtliche Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht

Nach § 75 Absatz 3 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 3 Absatz 1 der Beihilfenverordnung sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang beihilfefähig. Die Angemessenheit der Aufwendungen für zahnärztliche (einschließlich kieferorthopädischer) Leistungen beurteilt sich grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist. Damit setzt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen voraus, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt haben.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 30.05.1996 – 2 C 10.95 -) sind die Beihilfestellen im Hinblick auf die beihilferechtlichen Vorschriften zur Prüfung der Angemessenheit der in Rechnung gestellten Beträge verpflichtet. Eventuelle Zweifel sind anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen. Dabei kann generell davon ausgegangen werden, dass die Gebührevorschriften eindeutig sind und sowohl von den Beihilfestellen als auch den Gerichten ohne weiteres zweifelsfrei ausgelegt werden können. Lediglich dann, wenn objektive Unklarheiten beziehungsweise objektiv zweifelhaftes Gebührevorschriften Anlass zu ernsthaft widerstreitenden Meinungen über die Berechtigung von Gebührenansätzen geben, muss der Dienstherr vor Entstehung der Aufwendungen seine Rechtsauffassung (generell oder im Einzelfall) deutlich klarstellen, um so die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen wirksam auszuschließen. Unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung sind folgende beihilferechtlichen Hinweise zu beachten:

#### A) Allgemeiner Teil

1. Zahnärztinnen und Zahnärzte (Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden) dürfen Vergütungen nur für solche Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch (kieferorthopädisch) notwendige Versorgung erforderlich sind (§ 1 Absatz 2 Satz 1 GOZ). Soweit sie darüber hinaus Leistungen berechnen, die sie auf Verlangen der Patientinnen und Patienten erbracht haben (§ 1 Absatz 2 Satz 2, § 2 Absatz 1 und 2 GOZ), sind diese in der Rechnung kenntlich zu machen (§ 10 Absatz 3 Satz 7 GOZ).

2. Die Vereinbarung einer von der Gebührenordnung abweichenden Höhe der Vergütung (Abdingung) ist nur unter den Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 und 2 GOZ zulässig. Die Vereinbarung eines abweichenden Punktwertes oder einer abweichenden Punktzahl ist ausgeschlossen (§ 2 Absatz 1 Satz 2 GOZ). Auch wenn eine gebührenrechtlich zulässige Abdingung vorliegt, können Gebühren grundsätzlich nur bis zum 2,3fachen Gebührensatz (so genannter Schwellenwert) beihilferechtlich als angemessen angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes - gegebenenfalls bis zum Höchstsatz (3,5facher Satz) - ist nach der gegebenen Begründung gerechtfertigt. Dies gilt entsprechend für eine nach § 2 Absatz 4 GOZ getroffene Vereinbarung.

3. Nach § 4 Absatz 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von

Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, sofern im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist. Nicht beihilfefähig sind somit unter anderem die Kosten für Einmalartikel, Bohrer, Füllungsmaterial (am Patienten verwendetes plastisches Material), Kunststoffe für nicht im Labor hergestellte provisorische Kronen, Mulltupfer, Nahtmaterial (außer atraumatisches Nahtmaterial), Wurzelkanalinstrumente (außer einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente) und so weiter; dies gilt entsprechend für die Kosten der Anwendung von Instrumenten und Apparaten, also der Behandlungseinheit, der Zangen, Spiegel und so weiter [weder als Anschaffungskosten noch als Kosten der (Ab-) Nutzung]. Bezugnehmend auf das BGH-Urteil vom 27. Mai 2004 (Az.: III ZR 264/03) sind aber folgende Materialien zusätzlich beihilfefähig:

- a) Oraquix im Zusammenhang mit der Nummer 0080 GOZ,
- b) ProRoot MTA im Zusammenhang mit der Berechnung der Nummer 2440 GOZ,
- c) Harvard MTA Opticaps im Zusammenhang mit der Berechnung der Nummer 2440 GOZ.

Die Berechnung der Auslagen für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ) bleibt unberührt.

#### 4. Zielleistung (§ 4 GOZ)

4.1 Nach § 4 Absatz 2 Satz 1 GOZ können Zahnärztinnen und Zahnärzte nur Gebühren für selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen, das heißt nur für Leistungen, die weder Bestandteil, noch besondere Ausführung einer anderen, ebenfalls berechneten Leistung sind. § 4 Absatz 2 Satz 2 GOZ grenzt die selbständige „zahnärztliche Leistung“ ab, in dem er klarstellt, dass für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, keine gesonderte Gebühr berechnet werden kann, wenn für die andere Leistung bereits eine Gebühr berechnet wird. Die Doppelberechnung von Teilleistungen wird damit ausgeschlossen.

4.2 Die in Nummer 4.1 aufgeführten Grundsätze gelten auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendiger operativer Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.

Methodisch notwendige operative Einzelschritte sind diejenigen zahnärztlichen Leistungen, die immer anfallen, damit die Zahnärztin beziehungsweise der Zahnarzt den Leistungsinhalt einer Gebührenziffer erfüllen kann [vergleiche zum Beispiel allgemeine Bestimmung Ziffer 1 zum Abschnitt E: die primäre Wundversorgung (zum Beispiel Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt E und nicht gesondert berechnungsfähig]. Zusätzlich muss die Leistung auch in der Bewertung der Hauptleistung berücksichtigt sein. Das ist allerdings nicht der Fall, wenn die Vergütung des möglichen Leistungsbestandteils außer Verhältnis zur Vergütung der vermeintlichen Zielleistung steht.

4.3 Aufwendungen für das Entfernen eines Teilbogens oder eines Bogens im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung sind nicht gesondert beihilfefähig.

## 5. Überschreiten des Schwellenwertes (§ 5 GOZ)

5.1 Nach § 5 Absatz 1 Satz 1 GOZ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes. § 5 Absatz 2 GOZ bestimmt, wie die individuell „angemessene“ Gebühr in dem von § 5 Absatz 1 Satz 1 GOZ eröffneten Gebührenrahmen zu finden ist.

Bemessungskriterien sind:

- a) Schwierigkeit der einzelnen Leistung,
- b) Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie
- c) Umstände bei der Ausführung.

Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung im Gebührenverzeichnis berücksichtigt wurden, bleiben bei der Gebührenbemessung außer Acht. Das können Leistungen sein, die nach Schwierigkeiten gestuft sind (zum Beispiel Umfang bei den Nummern 6030 ff. GOZ), Leistungen bei denen die Schwierigkeit in der Leistungsbeschreibung aufgenommen ist (zum Beispiel die Gefährdung anatomischer Nachbarstrukturen in der Nummer 3045 GOZ) oder Leistungen bei denen bestimmte Mindestzeiten vorgesehen sind. Die derart im Gebührenverzeichnis aufgenommenen Umstände, Schwierigkeiten oder Zeiten gelten als bei der Gebühr bereits berücksichtigt und können nicht „nochmals“ zur Gebührenbemessung herangezogen werden. Besondere Verfahrenstechniken können als Begründung zur Rechtfertigung einer Überschreitung des 2,3fachen Gebührensatzes beihilferechtlich nicht berücksichtigt werden.

5.2 Nach § 5 Absatz 2 Satz 4 GOZ bildet der 2,3fache Gebührensatz in Anlehnung an das Urteil des BGH vom 8. November 2007 – III ZR 54/07 - die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten ist nur zulässig, wenn die unter Nummer 5.1 aufgeführten Bemessungskriterien dies im konkreten Behandlungsfall rechtfertigen.

Aus der Begründung der Zahnärztin beziehungsweise des Zahnarztes muss für die Patienten ersichtlich und verständlich sein, dass die gegenüber ihnen erbrachte Leistung aufgrund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen vergleichbarer Behandlungen abweicht. Die tatsächlichen Umstände sind zu erklären.

Die Schwierigkeit einer Leistung ist individuell und leistungsbezogen auf die einzelne Gebühr zu begründen und kann nicht auf die gesamte Honorarforderung ausgedehnt werden.

5.3 Der 2,3fache Gebührensatz darf nicht schematisch berechnet werden; vielmehr ist bei einer einfacheren, unter dem Durchschnitt liegenden Leistung, auch ein niedriger Gebührensatz zu berechnen (vergleiche auch BGH - a.a.O, -).

5.4 Insbesondere bei Einlagefüllungen und (Anker-) Kronen ist der komplexe Leistungsinhalt der entsprechenden Gebührenpositionen zu beachten, wie er sich aus den Abrechnungsbestimmungen zu den Nummern 2220 und 5040 GOZ ergibt. Bei Komplexgebühren dieser Art hat die Zahnärztin beziehungsweise der Zahnarzt die Höhe der Gebühr unter Berücksichtigung der in den Komplexgebühren enthaltenen einzelnen Leistungsschritte nach Maßgabe der bei deren Erbringung vorliegenden Schwierigkeit, des Zeitaufwandes sowie der Umstände bei der Ausführung gemäß in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen. Bemessungskriterien von durchschnittlichem Gewicht sind regelmäßig mit dem 2,3fachen Gebührensatz ausreichend berücksichtigt.

5.5 Folgende Begründungen rechtfertigen grundsätzlich keine Überschreitung des Schwellenwertes und müssen bei Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes bezüglich ihrer Auswirkungen auf die individuelle Behandlungssituation näher spezifiziert werden:

- a) pulpanahe Präparation,
- b) starker Speichelfluss,
- c) erschwerter Mundzugang,
- d) divergierende Pfeilerzähne,
- e) subgingivale Präparation,
- f) Verblendung und Farbauswahl,
- g) erhöhter Zungen- und Wangendruck,
- h) kurze oder lange klinische Krone,
- i) tiefe Zahnfleischtaschen,
- j) festhaftende Beläge / Konkreme,te,
- k) gekrümmte oder verengte Wurzelkanäle [das erschwerte Aufsuchen verengter Wurzelkanäleingänge und das Überwinden natürlicher Hindernisse bei der Aufbereitung des Wurzelkanals (Dentikel, Obliterationen, Verengungen, Krümmungen et cetera) sowie natürlicher oder iatrogener Stufen stellen keine selbständigen, analog zu berechnenden Leistungen dar, sondern sind mit der Grundleistung unter Berücksichtigung des § 5 Absatz 2 GOZ zu berechnen].

## 6. Analogbewertung (§ 6 GOZ)

6.1 § 6 Absatz 1 Satz 1 GOZ ermöglicht die Berechnung von Leistungen, die nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen worden sind, mit einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung (sogenannte Analogbewertung). Voraussetzung ist, dass es sich um eine selbständige zahnärztliche Leistung und keine besondere Ausführung oder Teilleistung einer bereits im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung handelt. Nach § 6 Absatz 1 Satz 2 GOZ ist bei einer Analogbewertung zunächst eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus dem Ge-

bührenverzeichnis der GOZ heranzuziehen. Erst nachrangig kann für den Analogbegriff eine Leistung aus den nach § 6 Absatz 2 GOZ eröffneten Leistungsverzeichnis der GOÄ berücksichtigt werden.

6.2 Die Wiedereingliederung (inklusive Säuberung, gegebenenfalls Wiederanpassung) andernorts angefertigter direkter oder laborgefertigter Provisorien ist analog nach der Nummer 2260 GOZ beihilfefähig.

6.3 Die Entfernung nekrotischen Pulpagewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals stellt eine selbständige Leistung dar und ist als Analoggebühr nach der Nummer 2360 GOZ beihilfefähig.

6.4 Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind Fotos, die ausschließlich zu dokumentarischen Zwecken angefertigt worden sind, mit den Gebührennummern der zahnärztlichen Leistung abgegolten. Fotos, die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken, nicht jedoch einer kieferorthopädischen Auswertung dienen, sind analog zusätzlich beihilfefähig. Als Analoggebühr wird die Nummer 6000 GOZ als angemessen angesehen.

6.5 Die Eingliederung einer Protrusionsschiene, zum Beispiel zur Behandlung einer Schlafapnoe, stellt eine selbständige Leistung dar und ist analog nach Nummer 7010 GOZ (Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche) beihilfefähig.

6.6 § 6 Absatz 2 GOZ regelt den gebührenrechtlichen Zugriff auf Leistungen, die im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. In bestimmten Fällen ist es möglich, dass die Zahnärztin oder der Zahnarzt auch Leistungen erbringen kann, die nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten sind, aber im Gebührenverzeichnis der GOÄ beschrieben werden. In § 6 Absatz 2 Satz 1 GOZ werden die Abschnitte, Unterabschnitte oder einzelnen Gebührenpositionen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt, die Anwendung finden können.

6.7 Zwingende Voraussetzung für die Berechnung einer Leistung nach der GOÄ durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt ist, dass die Zahnärztin oder der Zahnarzt diese Leistung berufsrechtlich erbringen darf. Der gebührenrechtlich zulässige Zugriff auf eine Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ ersetzt diese Voraussetzung nicht. Das zahnärztliche Berufsrecht ist insoweit dem privat Zahnärztlichen Gebührenrecht vorgelagert. Aus der Nennung eines Abschnittes oder Unterabschnittes der GOÄ in § 6 Absatz 2 GOZ kann somit nicht gefolgert werden, dass ein Zahnarzt alle in diesem Abschnitt oder Unterabschnitt aufgeführten Leistungen berufsrechtlich erbringen und gebührenrechtlich berechnen darf. In Zweifelsfällen ist die zuständige Zahnärztekammer um Stellungnahme zu bitten.

6.8 Erbringen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurginnen oder –chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach der GOZ zu berechnen. Ein Wahlrecht zwischen GOÄ und GOZ besteht insoweit nicht.

## 7. Minderungspflicht bei stationärer Behandlung (§ 6 a GOZ)

7.1 Die Minderungspflicht bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen bezieht sich auch auf die im Gebührenverzeichnis als Zuschläge bezeichneten Gebührenpositionen, nicht aber auf den Zuschlag für die

belegzahnärztliche Visite (Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

7.2 Die gesonderte Berechnung anderer als nach Nummer 7.1 geminderter Gebühren ist nach § 6 a Absatz 2 GOZ ausgeschlossen. Entschädigungen und Auslagen können daneben nach den §§ 8, 9 und 10 GOZ berücksichtigt werden.

## 8. Entschädigungen (§ 7 GOZ)

Zur besseren Abgrenzung der Reiseentschädigung vom Wegegeld (§ 8 Absatz 2 GOZ) stellt die Regelung auf den Radius um die Praxisstelle der Zahnärztin oder des Zahnarztes ab; außerhalb eines Radius von 25 Kilometern tritt an die Stelle des Wegegeldes die Reiseentschädigung.

## 9. Berechnung „je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“

Im Falle der Berechnungsweise „je Kieferhälfte oder je Frontzahnbereich“ einer Gebühr ist zu berücksichtigen, dass der Frontzahnbereich nur Anwendung findet, wenn die Leistung im Bereich von Eckzahn bis Eckzahn (Zähne 13 bis 23 beziehungsweise 33 bis 43) durchgeführt wird. Geht der Bereich über den Eckzahn hinaus, muss beihilferechtlich nach Kieferhälften (Quadranten) berechnet werden. Eine Berechnungsweise je Frontzahnbereich oder je Kieferhälfte kann nicht berücksichtigt werden.

## B) Gebührenverzeichnis (Anlage 1 zur GOZ)

### 1. Zu Nummer 0070 GOZ

Die Nummer 0070 GOZ ist in einer Sitzung nur einmal beihilfefähig. Auch bei Anwendung unterschiedlicher Methoden ist die Testung nur einmal berechenbar und beihilfefähig. Die Vitalitätsprobe kann im Verlauf einer Behandlung an unterschiedlichen Behandlungstagen erneut erforderlich werden.

### 2. Zu Nummer 0080 bis 0110 GOZ

2.1 Die Leistung nach Nummer 0090 GOZ ist im Regelfall nur einmal je Zahn und Sitzung beihilfefähig. Eine routinemäßige Berechnung je Einstich ist nicht zulässig. Ein mehrfacher Ansatz je Zahn in einer Sitzung ist nur im Ausnahmefall mit entsprechender Begründung in der Rechnung beihilfefähig.

2.2 Die Leitungsanästhesie nach Nummer 0100 GOZ ist im Regelfall nur einmal je Sitzung und Kieferhälfte erforderlich.

2.3 Die bei der Erbringung der Leistungen nach den Nummern 0080 bis 0100 GOZ verwendeten Einmalartikel (zum Beispiel Kanüle) sind mit den Gebühren abgegolten. Dies gilt bei der Leistung nach Nummer 0080 GOZ auch für die verwendeten Arzneimittel. Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 GOZ ist das verwendete Anästhetikum gesondert beihilfefähig. Hierbei können Kosten von bis zu 0,70 Euro je Karpule als angemessen anerkannt werden.

2.4 Die computergesteuerte Anästhesie (zum Beispiel WAND/STA) erfüllt trotz modifizierter Handhabung die Leistungsinhalte der Nummern 0090 oder 0100 GOZ und ist je nach Lokalisation und Indikation originär nach den Nummern 0090 GOZ für die In-

filtrationsanästhesie (dazu zählen auch die intraligamentäre, intrakanaläre, intrapulpare und intraossäre Anästhesie) oder Nummer 0100 GOZ für die Leitungsanästhesie beihilfefähig.

2.5 Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur für die in der Nummer 0110 GOZ abschließend aufgezählten Gebührenpositionen beihilfefähig. Eine analoge Anwendung dieser Zuschlagspositionen oder anderer GOZ-Positionen für die Verwendung des Operationsmikroskops bei anderen als den in Nummer 0110 GOZ bezeichneten Leistungen kommt nicht in Betracht. Wird eine nicht zuschlagsfähige Leistung erbracht, die aufgrund von darzulegender Schwierigkeit oder Zeitaufwand den Einsatz des Operationsmikroskops erfordert, kann dies mittels § 5 Absatz 2 GOZ abgebildet werden.

2.6 Führt der Zahnarzt die Behandlung unter Verwendung einer Lupenbrille durch, kann hierfür keine Gebühr berücksichtigt werden (weder nach Nummer 0110 GOZ noch im Rahmen einer Analogbewertung).

### 3. Zu Nummer 0120 GOZ

Die Höhe des Zuschlags entspricht dem einfachen Gebührensatz der Leistung, neben der er berechnet wird und ist nicht steigerungsfähig. Bei der Durchführung mehrerer zuschlagsfähiger Leistungen wird diejenige Leistung zur Bemessung herangezogen, die mit der höchsten Punktzahl bewertet ist. Der Zuschlag darf nicht mehr als 68 Euro betragen. Die Zuschlagsposition ist nur bei den in der abschließenden Aufzählung der in der Leistungsbeschreibung enthaltenen Gebührenziffern beihilfefähig.

### 4. Zu Nummern 0500 bis 0530 GOZ

Durch den Ansatz der Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 GOZ neben den jeweiligen ambulant erbrachten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen soll der im Vergleich zu einer herkömmlichen Praxistätigkeit erforderliche Mehraufwand abgegolten werden. Ein gesonderter Ansatz von Aufwendungen für Operationssets ist daneben nicht möglich (Abgeltung durch den Zuschlag).

### 5. Zu Nummer 1020 GOZ

Die Maßnahme ist unabhängig von der Anzahl der Zähne nur einmal je Sitzung beihilfefähig. Sie ist nicht beihilfefähig für die Behandlung überempfindlicher Zähne. Eine Mundspülung mit fluoridhaltigen Lösungen erfüllt nicht die Voraussetzungen dieser Leistung.

### 6. Zu Nummer 1040 GOZ

6.1 Die Leistung umfasst die Professionelle Zahnreinigung (PZR). Die Entfernung unterhalb des Zahnfleisches liegender Konkremente, die nur von der Zahnärztin oder dem Zahnarzt durchgeführt und nicht auf eine qualifizierte Fachangestellte delegiert werden kann, ist grundsätzlich nach Nummer 4070 GOZ beziehungsweise Nummer 4075 GOZ beihilfefähig, allerdings nicht in derselben Sitzung mit einer PZR. Auch wenn die PZR aufwendiger gewesen ist (zum Beispiel subgingivale Reinigung), rechtfertigt dies beihilferechtlich nicht die zusätzliche analoge Berechnung der Nummern 1040, 4070 oder 4075 GOZ.

6.2 Die Verbrauchsmaterialien sind mit den Gebühren abgegolten.



6.3 Nach erfolgter PZR ist in einer separaten Sitzung als Kontrolle die Nummer 4060 GOZ beihilfefähig. Sie beinhaltet auch die Nachreinigung einschließlich des Polierens je Zahn, Implantat oder Brückenglied.

6.4 Unter dem Gesichtspunkt der medizinischen Notwendigkeit ist eine PZR (auch bei einer kieferorthopädischen Behandlung) grundsätzlich zweimal im Jahr beihilfefähig. Eine höhere Behandlungsfrequenz ist nur ausnahmsweise im Einzelfall und unter Vorlage entsprechender zahnärztlicher Begründung beihilfefähig.

## 7. Zu Nummer 2000 GOZ

7.1 Das verwendete Versiegelungsmaterial ist mit der Gebühr abgegolten. Auch bei mehreren Fissuren oder in Kombination Fissur/Grübchen sind die Aufwendungen nur einmal je Zahn beihilfefähig. Die Versiegelung bei Entfernen eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments ist Bestandteil der Nummer 6110 beziehungsweise 6130 GOZ und in derselben Sitzung nicht gesondert beihilfefähig.

Bei der zeitgleich beim Kleben der Brackets durchgeführten Bracketumfeld- oder Glatflächenversiegelung handelt es sich nicht um einen selbständigen, technisch vom Kleben der Brackets getrennten Behandlungsschritt, der eine eigene Berechnung rechtfertigt. Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet (§ 4 Absatz 2 GOZ).

7.2 Im Zusammenhang mit der Versiegelung von kariessfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen und Glatflächenversiegelung nach der Nummer 2000 GOZ ist die Nummer 2197 GOZ für die adhäsive Befestigung der Versiegelung nicht zusätzlich beihilfefähig, da die adhäsive Befestigung der Versiegelung nach der wissenschaftlichen „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ Bestandteil der Fissurenversiegelung ist.

## 8. Zu Nummer 2020 GOZ

Bei dem temporären Verschluss von kariösen Läsionen (zum Beispiel als Notfallmaßnahme etwa bei Verlust einer Füllung) ist eine gegebenenfalls notwendige Erweiterung oder Anpassung der Kavität Leistungsbestandteil der Nummer 2020 GOZ.

## 9. Zu Nummer 2030 GOZ

9.1 Die Leistung nach Nummer 2030 GOZ ist je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich je Sitzung höchstens zweimal beihilfefähig, wenn mindestens eine besondere Maßnahme beim Präparieren und mindestens eine besondere Maßnahme beim Füllen von Kavitäten erbracht werden. Werden mehrere besondere Maßnahmen in derselben Kieferhälfte oder im Frontzahnbereich nur beim Präparieren erbracht, ist die Leistung nach Nummer 2030 GOZ nur einmal je Sitzung beihilfefähig. Gleiches gilt, wenn mehrere besondere Maßnahmen nur beim Füllen von Kavitäten erbracht werden.

9.2 Laut Leistungsbeschreibung kann die Leistung nach Nummer 2030 GOZ nur in Zusammenhang mit einer Füllungstherapie oder einer Zahnpräparation berechnet werden. Die Maßnahme nach Nummer 2030 GOZ kann nicht gesondert zur Darstellung von Präparationsrändern bei einer prothetischen Therapie oder der Versorgung

mit Einlagefüllungen angesetzt werden, da sie Bestandteil der Abformung und daher der Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170, 2200 ff. und 5000 ff. GOZ ist; sie kann auch nicht im Rahmen einer KFO-Behandlung zum Tragen kommen.

9.3 Für die approximale Schmelzreduktion wird der analoge Ansatz der Nummer 2030 GOZ als angemessen angesehen.

#### 10. Zu Nummer 2040 GOZ

10.1 Mit der Nummer 2040 GOZ wird das Anlegen eines Spanngummis (Kofferdamms) je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abgegolten. Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung ist diese Leistung aus beihilferechtlicher Sicht grundsätzlich nicht erforderlich und daher nicht beihilfefähig.

10.2 Die Materialkosten sind nicht gesondert beihilfefähig.

#### 11. Zu Nummern 2160 und 2170 GOZ

Nach der Leistungsbeschreibung handelt es sich nicht um Aufbaufüllungen (Nummern 2180 ff. GOZ) sondern ausschließlich um Füllungsversorgungen. Es besteht daher kein Anspruch auf Erstattung der Nummern 2160 und 2170 GOZ (analog) vor einer Überkronung von Zähnen, da es sich bei den vorbereitenden Tätigkeiten für eine prothetische Versorgung um Leistungen nach den Nummern 2180 ff. GOZ handelt (so auch Urteil des Amtsgerichts Köln vom 30.06.2003 - 116 C 110/02 -).

#### 12. Zu Nummer 2197 GOZ

Die Leistung nach Nummer 2197 GOZ ist nicht im Zusammenhang mit der Nummer 2000 oder Füllungen nach den Nummern 2060, 2080, 2100 und 2120 GOZ beihilfefähig.

#### 13. Zu Nummern 2260 und 2270 GOZ

Kosten für die labortechnische Herstellung provisorischer Kronen und Brücken sind nur dann beihilfefähig, wenn es sich um Langzeitprovisorien nach den Nummern 7080 und 7090 GOZ handelt, nicht jedoch in Verbindung mit den Nummern 2260, 2270 sowie 5120 und 5140 GOZ.

#### 14. Zu Nummer 2390 GOZ

Die Leistung nach Nummer 2390 GOZ ist nur als selbständige Leistung beihilfefähig (zum Beispiel im Rahmen einer Notfallbehandlung) und nicht zum Beispiel als Zugangsleistung zur Erbringung der Leistungen nach den Nummern 2360, 2410 und 2440 GOZ.

#### 15. Zu Nummer 2410 GOZ

Spülungen sind unabhängig von dem angewandten Verfahren oder Aufwand Bestandteil der Wurzelkanalbehandlung nach der Nummer 2410 GOZ und daher nicht gesondert beihilfefähig.

Die Aufbereitung des Wurzelkanals nach der Nummer 2410 GOZ ist als Gesamtleistung auch bei Durchführung in mehreren Sitzungen grundsätzlich nur einmal beihilfefähig. Hiervon kann in zwei Fällen abgewichen werden:

a) Erfolgt nach der Aufbereitung eine definitive Versorgung des Kanals und ist danach eine weitere Aufbereitung notwendig, ist die Leistung erneut berechenbar und beihilfefähig.

b) Bei anatomischen Besonderheiten kann eine Aufbereitung des Wurzelkanals gegebenenfalls nicht in einer Sitzung erfolgen. Nach Angaben der Bundeszahnärztekammer liegen solche Besonderheiten in rund 10 Prozent der Wurzelkanalaufbereitungen vor. Auch in diesen Fällen ist die erneute Berechnung der Nummer 2410 GOZ beihilfefähig. Die Berechnung der Nummer 2410 GOZ ist aber bei dieser Fallkonstellation auf höchstens zweimal je Aufbereitung des Kanals – bezogen auf den gesamten Aufbereitungsvorgang bis zur definitiven Füllung – begrenzt. Im Einzelfall darüber hinausgehende erheblich höhere Aufwände können einzelbezogen bei der Bemessung des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Zum Leistungsinhalt der Wurzelkanalaufbereitung gehört auch die Entfernung von zuvor eingebrachtem definitivem Wurzelfüllmaterial. Die Maßnahme ist gemäß § 4 Absatz 2 GOZ mit der GOZ-Nummer 2410 abgegolten. Sofern sich die Aufbereitung aufwendiger gestalten sollte, zum Beispiel bedingt durch die Entfernung adhäsiv befestigten Wurzelfüllmaterials, kann der Steigerungsfaktor erhöht werden. Auch in diesen Fällen stellt die Entfernung definitiven Wurzelfüllmaterials keine selbstständige Leistung im Sinne des § 6 Absatz 1 GOZ dar und kann somit nicht analog (zum Beispiel mit der Nummer 3110 GOZ) zusätzlich berechnet werden.

#### 16. Zu Nummer 2430 GOZ

Die medikamentöse Einlage ist nicht je Wurzelkanal beihilfefähig.

#### 17. Zu Nummer 3050 GOZ

Die Nummer 3050 GOZ ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie gegebenenfalls als selbstständige Leistung zusätzlich beihilfefähig, wenn die Blutung das typische Maß bei dem Eingriff deutlich übersteigt und eine Unterbrechung der eigentlichen operativen Maßnahme erfordert. In allen anderen Fällen sind Blutstillungsmaßnahmen (auch größeren Umfangs), die ortsgleich mit chirurgischen Maßnahmen erfolgen, Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung und nicht gesondert nach Nummer 3050 GOZ beihilfefähig. Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der GOÄ, die für Zahnärztinnen und Zahnärzte gemäß § 6 Absatz 2 GOZ geöffnet sind.

#### 18. Zu Nummer 3070 GOZ

Durch den Zusatz in der Leistungsbeschreibung „als selbstständige Leistung“ soll ausgeschlossen werden, dass diese Leistung als notwendiger Leistungsbestandteil einer anderen, umfassenderen Leistung zusätzlich berechnet wird. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn es sich um Zugangsleistungen handelt oder um eine, der eigentlichen Hauptleistung vorangehende oder nachgeschaltete Begleitverrichtung, die immer oder mit einer erkennbaren Regelmäßigkeit mit der Hauptleistung verknüpft ist.

#### 19. Zu Nummer 3100 GOZ

Die Leistung bildet die im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer erforderlichen Periostschlitzung auftretenden Eingriffe ab. Die Periostschlitzung ist dabei ein obligatorischer Leistungsteil. Ortsgleiche Eingriffe ohne Verlagerung von Weichgewebe sind jedoch mit den Gebühren für die operativen Leistungen abgegolten und nicht gesondert beihilfefähig. Die Leistung nach Nummer 3100 GOZ ist jedoch grundsätzlich neben anderen operativen Leistungen beihilfefähig.

#### 20. Zu Nummer 3230 GOZ

Neben Extraktionen ist die Nummer 3230 GOZ dann beihilfefähig, wenn die Resektion aufgrund eigenständiger Indikation (nicht zur oder durch die Zahnentfernung notwendig) mit einem separaten auf der Rechnung dokumentierten Operationszugang erbracht wird und es sich insofern um eine selbständige Leistung handelt. Die eigenständige Indikation muss auf der Rechnung dokumentiert und erläutert werden.

#### 21. Zu Nummer 3290 GOZ

Die in der Leistungsbeschreibung enthaltene Formulierung „als selbständige Leistung“ bedeutet nicht, dass die Kontrolle nur als einzige Leistung beihilfefähig ist. Ausgeschlossen ist die Beihilfefähigkeit der Nummer 3290 GOZ dagegen, wenn die Kontrolle als unselbständige Teilleistung einer in gleicher Sitzung anfallenden anderen, umfassenderen Leistung anzusehen ist.

#### 22. Zu Nummer 4000 GOZ

Der Ansatz eines erhöhten Steigerungsfaktors mit der Begründung „mehrerer Messstellen“ (zum Beispiel 6) stellt in der Parodontaldiagnostik keine außergewöhnliche Leistung dar und ist daher nicht beihilfefähig. Die Bayerische Landeszahnärztekammer gibt in einer Mitteilung im Bayerischen Zahnärzteblatt aus dem Jahr 1997 (BZB 1997, Heft 11/97, S. 28, 31) beispielsweise an, dass sechs bis sogar zehn Messpunkte für eine Diagnostik in Frage kommen können.

#### 23. Zu Nummer 4005 GOZ

Die Leistungsbeschreibung umfasst die Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex. Die Durchführung eines weiteren diagnostischen Index ist durch die Leistung als solche bereits abgedeckt und kann auch nicht gesondert über einen erhöhten Steigerungssatz berücksichtigt werden.

#### 24. Zu Nummer 4025 GOZ

Die Leistung kann je Zahn und Sitzung nur einmal berücksichtigt werden.

#### 25. Zu Nummer 4110 GOZ

Die Leistung der Nummer 4110 GOZ ist mit der Nummer 4138 GOZ kombinierbar, die die zusätzliche Verwendung einer Membran – bezogen auf die Behandlung eines Zahnes oder Implantates – zur Behandlung eines Knochendefektes abbildet. Die Leistungen nach den Nummern 4110 und 4138 GOZ können auch im Rahmen von chirurgischen Behandlungen indiziert sein.

#### 26. Zu Nummer 5170 GOZ

Die Berechnung einer Gebühr nach Nummer 5170 GOZ kann regelmäßig nur im Zusammenhang mit größeren prothetischen Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses) in Betracht kommen, wenn die in der Leistungsbeschreibung genannten qualifizierten Voraussetzungen (zum Beispiel bei sogenannten Kombinationsarbeiten von feststehendem und herausnehmbarem Zahnersatz) vorliegen. Die Abformungen im Zusammenhang mit der Versorgung der Zähne mit Einlagefüllungen und Einzelkronen sowie feststehendem Zahnersatz für eine Kieferhälfte oder den Frontzahnbereich sind mit den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170, 2200 bis 2220 und 5000 bis 5040 GOZ abgegolten.

#### 27. Zu Abschnitt G Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für Materialien, die auf Grund einer gesonderten Vereinbarung mit der beihilfeberechtigten Person oder ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach den allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt G berechnet werden, sind nicht beihilfefähig. Die üblichen Materialien sind nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt G mit den Gebühren abgegolten.

Zusätzliche Kosten für besondere Bracketsysteme und Bögen wie zum Beispiel selbst ligierende Brackets, thermo- oder superelastische Bögen und so weiter gehen über das Maß des medizinisch Notwendigen hinaus und sind daher nicht beihilfefähig.

#### 28. Zu Nummern 6030 bis 6080 GOZ

Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums von kieferorthopädischen Behandlungen nach den Nummern 6030 bis 6080 GOZ können quartalsweise Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. Die Beihilfeleistungen stehen dann unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung. Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Absatz 2 GOZ als angemessen angesehen werden (Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 24.03.1997 - 3 B 95.1895 -). Maßnahmen zur Retention (dazu werden Lingualretainer eingesetzt) sind ebenfalls in den Nummern 6030 bis 6080 GOZ berücksichtigt.

#### 29. Zu Nummer 6110 GOZ

Das Entfernen einer Versiegelung wird bei gleichzeitigem Entfernen von Klebebrackets in einem Arbeitsschritt mit dem Entfernen der Klebereste durchgeführt. Die Entfernung einer Versiegelung bei gleichzeitigem Entfernen des Klebebrackets ist deshalb mit der Gebühr nach Nummer 6110 GOZ für das Entfernen des Brackets abgegolten. Eine zusätzlich analoge Berechnung nach Nummer 2000 GOZ für das Entfernen einer alten Versiegelung ist nicht beihilfefähig. Eine erneute Versiegelung des Zahnes ist mit der Gebühr nach Nummer 6110 GOZ ebenfalls abgegolten.

#### 30. Zu Nummer 6190 GOZ

Das beratende und belehrende Gespräch nach Nummer 6190 GOZ kann sich auf kieferorthopädische Fragestellungen, aber auch auf andere zahnmedizinische Gebiete beziehen.

In derselben Sitzung sind die Nummern 0010 GOZ sowie 1 und 3 GOÄ nicht beihilfefähig.

### 31. Zu Nummern 7000 bis 7070 GOZ

Leistungen aus Abschnitt H GOZ betreffen die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Sie werden als Behandlungsgeräte zur Beseitigung von Funktionsstörungen oder bei Parodontalerkrankungen eingesetzt. Im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Therapie ist der Ansatz dieser Positionen nicht nachvollziehbar und daher nicht beihilfefähig.

### 32. Zu Nummern 8000 ff. GOZ

32.1 Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen mindestens einer der folgenden Indikationen:

- a) Kiefergelenks-, Zahn- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien, cranio-mandibuläre Dysfunktionen, myofasiales Schmerzsyndrom),
- b) im Zusammenhang mit der Behandlung von Zahnfleischerkrankungen (Parodontopathien),
- c) umfangreiche Gebissanierungen,
- d) im Zusammenhang mit der Behandlung von Aufbisschienen mit adjustierten Oberflächen nach Nummer 7010 und 7020 GOZ.

32.2 Eine umfangreiche Gebissanierung liegt nur vor, wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die regelrechte Schlussbisslage durch Einbruch der vertikalen Stützzonen und/oder die Führung der seitlichen Unterkieferbewegungen nicht mehr sicher feststellbar ist. Außerdem ist der erhobene Befund in geeigneter Form nachzuweisen. Im Interesse einer fachgerechten Befunderhebung des stomatognathen Systems ist in diesen Fällen regelmäßig die Leistung nach Nummer 8000 GOZ erforderlich. Liegen die zuvor genannten Voraussetzungen nicht vor, so kann eine niedrigere Bewertung in Form der Nummer 0030 GOZ erfolgen.

32.3 Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nummern 2150 bis 2170 GOZ), mit Kronen (Nummern 2200 bis 2220 GOZ), mit Brücken (Nummern 5000 bis 5040 GOZ) und mit Prothesen (Nummern 5200 bis 5230 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen hinter den Nummern 2220, 5040 und 5230 GOZ auch die Bestimmung der Kieferrelation. Hierfür können daher grundsätzlich keine Gebühren aus Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses berechnet werden, es sei denn, dass die unter 32.1 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

32.4 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach den Nummern 8000 ff. GOZ gehören zum Leistungsumfang der kieferorthopädischen Behandlung; sie sind nicht gesondert berechenbar (Urteil Verwaltungsgericht Gelsenkirchen - 3 K 2335/05 - vom 10.11.2006).

### 33. Zu Nummer 9020 GOZ

Die Leistung nach Nummer 9020 GOZ bildet die Einbringung von Implantaten zum temporären Verbleib ab. Zu diesen – in der Regel transgingival eingebrachten – Implantaten gehören auch die orthodontischen, im Rahmen kieferorthopädischer Maßnahmen genutzten Implantate. Im Rahmen der Versorgung mit einer Implantatprothese dürfte eine medizinische Notwendigkeit allerdings kaum zu begründen sein.

### 34. Zu Nummern 9090 bis 9120 GOZ

Neben der Nummer 9100 GOZ ist die Nummer 9090 GOZ nicht beihilfefähig. Neben den Nummern 9110 und 9120 GOZ ist die Nummer 9090 GOZ dann beihilfefähig, wenn die Knochentransplantation im Operationsgebiet nicht der Auffüllung des durch die Anhebung der Kieferhöhlenschleimhaut entstandenen Hohlraumes dient. Dies ist bei der Auffüllung von Knochendefiziten mit Eigenknochen im Bereich der Implantatschulter bei zeitgleicher Implantation oder beim Ausgleich von Knochendefiziten des Alveolarkamms mit Eigenknochen getrennt vom Bereich des Sinuslifts der Fall. Wird neben den Nummern 9110 oder 9120 GOZ die Nummer 9100 GOZ in Ansatz gebracht, ist eine Berechnung der Nummer 9090 GOZ in derselben Kieferhälfte beihilfe-rechtlich nicht möglich.

### 35. Zu Nummer 9140 GOZ

Die extraorale Entnahme von Knochen, zum Beispiel aus dem Beckenkamm oder der Schädelkalotte, unterliegt - wie bisher - entsprechenden Gebührenpositionen der GOÄ. Die intraorale Einbringung von Knochenmaterial wird durch die Leistung nach den Nummern 9100, 9110, 9120, 9130 oder 4110 GOZ und gegebenenfalls Nummer 9150 GOZ abgebildet.

### C) Sonstige Hinweise

1. Der Ansatz der Nummern 15, 30, 31 und 34 GOÄ ist in Zusammenhang mit zahn-ärztlichen Maßnahmen grundsätzlich nicht gerechtfertigt.

2. Die Durchführung einer Digitalen Volumentomografie (DVT) ist nur als erweiterte Diagnostik zur Abklärung einer gegebenenfalls zweifelhaften Basisdiagnostik im Einzelfall notwendig. Es bedarf einer gesonderten Begründung des behandelnden Zahn- arztes. Bei entsprechender Indikation (s2k-Leitlinie der AWMF zur „Dentalen digitalen Volumentomographie“) kann für die DVT die Nummer 5370 GOÄ als beihilfefähig an- erkannt werden. Die anschließende computergesteuerte Analyse mit einer 3-D-Re- konstruktion kann in diesen Fällen mit der Zuschlagsnummer 5377 GOÄ als ange- messen angesehen werden.

3. Im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (Urteil vom 13.10.2011 – III ZR 231/10 -) ist spätestens vor einem Klageverfahren eine amts- zahnärztliche Meinung einzuholen und zu den Akten zu nehmen.

4. Die Nummern 490, 491, 493, 494 GOÄ dürfen von Zahnärzten ohne ärztliche Ap- probation nicht zum Zwecke der intraoralen Lokal- beziehungsweise Leitungsanäs- thesie berechnet werden. Die Berechnung der Nummer 494 GOÄ ist auch für Mund- Kiefer-Gesichtschirurgen zum alleinigen Zwecke der Schmerzausschaltung bei zahn- ärztlich-chirurgischen Leistungen fachlich nicht indiziert und daher nicht berech- nungs- und beihilfefähig.

5. Im Zusammenhang mit den in der zahnärztlichen Therapie gängigen Röntgenaufnahmen (Nummern 5000, 5002, 5004 GOÄ) ist eine Berechnung der Nummer 5298 GOÄ nicht beihilfefähig.

Fernröntgenseitenaufnahmen können mit Nummer 5095 GOÄ als beihilfefähig anerkannt werden.

6. Watterollen, Sauger und Instrumente zum Abhalten der Wange, Lippe und Zunge sind konventionelle Mittel, um eine relative Trockenlegung zu erreichen. Die relative Trockenlegung ist bei vielen Leistungen integraler Bestandteil und daher nicht gesondert beihilfefähig.

7. Stellt die Anamneseerhebung über eine Bezugsperson nach Nummer 4 GOÄ für bestimmte Personengruppen (insbesondere Kinder) den Regelfall dar, so ist diese bereits mit der Abrechnung nach den Nummern 1 oder 3 GOÄ abgegolten und berechtigt nicht zu einem zusätzlichen Ansatz der Nummer 4 GOÄ.

8. Eine Periimplantitis-Behandlung im offenen Verfahren stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Absatz 1 GOZ analog berechnet. Als Analoggebühr können je nach Lokalisation die Nummern 4090 beziehungsweise 4100 GOZ als angemessen berücksichtigt werden.



## **Anlage 8**

### **Förderwürdige Gesundheits- und Präventionskurse**

1. Je Kalenderjahr wird zu den Aufwendungen für die Teilnahme an bis zu zwei Gesundheits- oder Präventionskursen zu den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum ein Zuschuss von bis zu 75 Euro je Kurs gezahlt. Der in Anspruch genommene Kurs muss von einer gesetzlichen Krankenkasse als förderwürdig anerkannt sein und die Teilnahme an mindestens 80 Prozent der Kurseinheiten des Kurses nachgewiesen werden. Die Voraussetzungen nach Satz 2 sind durch eine Bescheinigung des Kursveranstalters nachzuweisen. Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Kurs beendet wurde. Die Zuschüsse sind auf Zuschüsse nach Nummer 3 anzurechnen.
2. Der Zuschuss wird nicht gezahlt, wenn die oder der Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung dem Grunde nach einen Anspruch auf Leistungen im Sinne des § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder vergleichbare freiwillige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hat.
3. Für Kursgebühren vergleichbarer Gesundheits- und Präventionskurse nach Nummer 1 Satz 1, die ein Dienstherr im Rahmen seines Betrieblichen Gesundheitsmanagements anbietet, kann Beihilfeberechtigten je Kalenderjahr für zwei Kurse ein Zuschuss von bis zu 75 Euro je Kurs gezahlt werden. Die Zuschüsse sind auf Zuschüsse nach Nummer 1 anzurechnen.