

**Sechste Verordnung  
zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW**

**Vom 1. Dezember 2015**

Auf Grund des § 77 Absatz 8 des Landesbeamtengesetzes vom 21. April 2009 ([GV. NRW. S. 224](#)) verordnet das Finanzministerium:

**Artikel 1**

Die Beihilfenverordnung NRW vom 5. November 2009 ([GV. NRW. S. 602](#)), die zuletzt durch Verordnung vom 10. Dezember 2014 ([GV. NRW. S. 890](#)) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 wird die Angabe „BeamtVG“ durch die Angabe „Landesbeamtenversorgungsgesetz in der Fassung des Dienstrechtsanpassungsgesetzes vom 16. Mai 2013 ([GV. NRW. S. 234](#))“ ersetzt.

bb) Im Textteil nach Nummer 4 wird das Wort „Beamtenversorgungsgesetzes“ durch das Wort „Landesbeamtenversorgungsgesetzes“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird jeweils die Angabe „BeamtVG“ durch die Angabe „Landesbeamtenversorgungsgesetz“ ersetzt.

c) In Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a wird die Angabe „BBesG“ durch die Angabe „Übergeleitetes Besoldungsgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen“ ersetzt.

d) In Absatz 7 wird die Angabe „BeamtVG“ durch die Angabe „Landesbeamtenversorgungsgesetz“ ersetzt.

2. In § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b Satz 2 werden die Wörter „Gesetz vom 8. Mai 2012 (BGBl. I S. 1030)“ durch die Wörter „Artikel 3 des Gesetzes vom 2. November 2015 (BGBl. I S. 1834)“ ersetzt.

3. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. medizinische Leistungen, die durch Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilpraktiker, Hebammen und Entbindungspfleger sowie Angehörige der Gesundheits- und Medizinalfachberufe erbracht werden. Beihilfefähig sind nur medizinisch notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen in wirtschaftlichem Umfang (§ 3 Absatz 1 und 2)

a) zur Gesundheitsvorsorge,

b) zur Empfängnisregelung, im Geburtsfall, bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation,

c) in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, zur Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden,

d) bei ambulanten und stationären Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen oder

e) um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich für ambulant durchgeführte psychotherapeutische Leistungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung nach den §§ 4a bis 4e und der Anlage 1 zu dieser Verordnung, für durch Heilpraktiker erbrachte Leistungen nach der Anlage 4 zu dieser Verordnung, für durch Gesundheits- und Medizinalfachberufe erbrachte Leistungen nach § 4i Absatz 2 und der Anlage 5 zu dieser Verordnung und für durch Hebammen und Entbindungspfleger erbrachte Leistungen nach der Hebammengebührenordnung Nordrhein-Westfalen vom 30. Juni 2015 ([GV. NRW. S. 541](#)), in der jeweils geltenden Fassung.“

bb) In Nummer 2 Satz 3 werden nach dem Wort „Krankenhäusern“ die Wörter „nach § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

cc) In Nummer 5 Satz 1 wird das Wort „vorübergehend“ gestrichen.

dd) In Nummer 6 Satz 1 wird die Angabe „8 Euro“ durch die Angabe „9 Euro“ und die Angabe „64“ durch die Angabe „72“ ersetzt.

ee) Nummer 7 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„§ 4i Absatz 4 gilt sinngemäß.“

ff) Nummer 9 wird wie folgt gefasst:

„9. Eine spezialisierte ambulante oder stationäre Palliativ- oder Hospizversorgung. Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2 und 3 sowie § 132d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz (Kinderhospiz), in dem eine palliativ oder teilstationäre Behandlung erbracht wird, sind für die ersten neun (Kinderhospiz 18) Monate der Versorgung nach Nummer 2 beihilfefähig. Die Abzugsbeträge nach Nummer 2 Satz 2 Buchstabe b bleiben unberücksichtigt. Nach Ablauf der Fristen nach Satz 2 gelten die §§ 5 bis 5 e entsprechend. Ist bei stationär untergebrachten Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr zu deren Betreuung die Unterbringung eines Elternteils oder auch von Geschwistern medizinisch erforderlich, wird zu deren Unterbringungskosten ein Zuschuss von bis zu insgesamt 80 Euro täglich gezahlt, soweit das Hospiz die Unterbringungskosten gesondert in Rechnung stellt. Das gilt nicht in den Fällen des Satzes 6.“

b) Absatz 2 Buchstabe b erhält folgende Fassung:

„b) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, sind für höchstens zehn Implantate pauschal bis zu 1 000 Euro je Implantat beihilfefähig. Mit dem Pauschalbetrag sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Behandlung einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten unter anderem für die Implantate selbst, die Implantataufbauten, die implantatbedingten Verbindungselemente, Implantatprovisorien, notwendige Instrumente (zum Beispiel Bohrer und Fräsen),

Membranen und Membrannägel, Knochen- und Knochenersatzmaterial, Nahtmaterial, Röntgenleistungen, Computertomographie und Anästhetika abgegolten. Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind neben dem Pauschalbetrag nach Satz 1 beihilfefähig. Vorhandene Implantate, zu denen eine Beihilfe gewährt wurde, sind auf die Höchstzahl nach Satz 1 anzurechnen.

Bei Vorliegen der folgenden Indikationen:

1. größere Kiefer- und Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in
  - a) Tumoroperationen,
  - b) Entzündungen des Kiefers,
  - c) Operationen infolge großer Zysten (zum Beispiel große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
  - d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
  - e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder
  - f) Unfällenhaben,
2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion im Mund- und Gesichtsbereich (zum Beispiel Spastiken) oder
5. zahnloser Ober- oder Unterkiefer (ohne vorhandenes Implantat),

sind abweichend von Satz 1 bis 4 die notwendigen und angemessenen Aufwendungen beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass der Beihilfestelle ein Kostenvoranschlag vorgelegt wird und diese auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Amtszahnarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und die Angemessenheit der Kosten anerkannt hat (Vorankennungsverfahren). Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle. Wird mit der Behandlung vor der Anerkennung durch die Beihilfestelle begonnen, gelten abweichend von Satz 5 die Sätze 1 bis 4 entsprechend. Die Kosten des Gutachtens sind in diesem Fall nicht beihilfefähig.

Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion einheitlich 400 Euro je Implantat beihilfefähig.“

4. Die §§ 4a bis 4d werden wie folgt gefasst:

#### **„§ 4a**

#### **Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung**

(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie in den Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sowie für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung sind nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 sowie der §§ 4b bis 4e beihilfefähig.

(2) Vor Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens erfolgen. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die somatische Abklärung durch einen Arzt in einem schriftlichen Konsiliarbericht bestätigt wird.

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 4b bis 4e,
2. Leistungen nach Abschnitt 1 der Anlage 1 zu dieser Verordnung.

**§ 4b**  
**Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen**  
**psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie**

(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie sind beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen und Dysthymie,
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen,
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen oder
8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

(2) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie beihilfefähig bei

1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen
  - a) durch psychotrope Substanzen; im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder voraussichtlich innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
  - b) durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substituionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
2. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
3. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe oder
4. schizophrenen und affektiven psychotischen Störungen.

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einem Arzt oder einem Therapeuten nach den Abschnitten 2 bis 4 der Anlage 1 erbracht werden. Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und von mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(3) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) geändert worden ist, abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen nach Absatz 1 dienen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder einer Verhaltensanalyse und nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist und
3. die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Aufwendungen für Maßnahmen nach Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung später als nicht notwendig erwiesen hat.

(4) Das Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist bei einem Gutachter einzuholen, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung in der jeweils geltenden auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)) veröffentlichten Fassung bestellt worden ist.

(5) Haben Personen, die nach § 1 Absatz 5 beihilfeberechtigt sind oder bei einer nach § 1 Absatz 5 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, am ausländischen Dienstort keinen persönlichen Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen, sind die Aufwendungen für die folgenden Leistungen auch dann beihilfefähig, wenn die Leistungen telekommunikationsgestützt erbracht werden:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte oder
2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

Bei telekommunikationsgestützter Therapie sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Wird von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder von einer analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie zu einer telekommunikationsgestützten Therapie gewechselt, sind die Aufwendungen für die telekommunikationsgestützte Therapie beihilfefähig, wenn die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit nach Einholung eines Gutachtens zur Notwendigkeit des Wechsels anerkannt hat. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind.

(6) Aufwendungen einer Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing sind bei Erwachsenen mit posttraumatischen Belastungsstörungen nur im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts beihilfefähig.

#### **§ 4c**

#### **Psychoanalytisch begründete Verfahren**

(1) Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren mit ihren beiden Behandlungsformen, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie (Nummern 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte), sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	2.
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen	analytische
in besonderen Fällen	30 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen	Psychotherapie von
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist	höchstens 20 weitere Sitzungen	höchstens 20 weitere Sitzungen	Personen, die das 18.
Lebensjahr vollendet haben:			

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	3.
Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen	tiefenpsychologisch fundierte
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	80 weitere Sitzungen	40 weitere Sitzungen	oder
in besonderen Fällen	nochmals 80 weitere Sitzungen	nochmals 40 weitere Sitzungen	analytische Psychotherapie von
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist	höchstens 60 weitere Sitzungen	höchstens 30 weitere Sitzungen	
Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben:			

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	4.
Regelfall	90 Sitzungen	40 Sitzungen	tiefenpsychologisch fundierte
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen	oder
in besonderen Fällen	höchstens 40 weitere Sitzungen	höchstens 30 weitere Sitzungen	
analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:			

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	In
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen	besonderen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen	Fällen kann die
in besonderen Fällen	höchstens 30 weitere Sitzungen	höchstens 30 weitere Sitzungen	Beihilfefähigkeit von

Aufwendungen für eine über die in Satz 1 Nummer 3 und 4 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus im Einvernehmen mit dem Finanzministerium anerkannt werden, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.

(2) Bei durch Gutachten belegter medizinischer Notwendigkeit der Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die dafür vorgesehenen Sitzungen bei Einzelbehandlungen bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlungen bis zur Hälfte der bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich anerkannt werden.

(3) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Aufwendungen für Leistungen einer solchen Kombination sind nur beihilfefähig, wenn sie auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Erstantrags erbracht werden.

(4) Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

## **§ 4d Verhaltenstherapie**

(1) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	(2) § 4c
Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen	Absatz 2
wenn das Behandlungsziel nicht innerhalb von 45 Sitzungen erreicht worden ist	15 weitere Sitzungen	15 weitere Sitzungen	gilt entsprechend.
in besonderen Fällen	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen	

(3) Einer Anerkennung nach § 4b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 bedarf es nicht, wenn der Beihilfestelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten nach Abschnitt 4 der Anlage 1 vorgelegt wird, dass

1. bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen oder
2. bei Gruppenbehandlungen nicht mehr als 20 Sitzungen

erforderlich sind. Muss in besonderen Fällen die Behandlung verlängert werden, ist die Beihilfestelle unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung der medizinischen Notwendigkeit durch die Beihilfestelle beihilfefähig. Die Beihilfestelle hat hierzu ein Gutachten nach § 4b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 einzuholen.

(4) Aufwendungen für eine Rational-Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.“

5. Nach § 4d wird folgender § 4e eingefügt:

## **„§ 4e Psychosomatische Grundversorgung**

(1) Die psychosomatische Grundversorgung im Sinne dieser Verordnung umfasst

1. verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte und
2. Hypnose, autogenes Training und Relaxationstherapie nach Jacobson nach den Nummern 845 bis 847 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

(2) Je Krankheitsfall sind beihilfefähig Aufwendungen für

1. verbale Intervention als Einzelbehandlung mit bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,
2. Hypnose als Einzelbehandlung mit bis zu zwölf Sitzungen sowie
3. autogenes Training und Relaxationstherapie nach Jacobson als Einzel- oder Gruppenbehandlung mit bis zu zwölf Sitzungen, wobei eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung hierbei möglich ist.

Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 sind nicht beihilfefähig, wenn sie zusammen mit Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 in derselben Sitzung entstanden sind. Neben

den Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 sind Aufwendungen für somatische ärztliche Untersuchungen und Behandlungen von Krankheiten und deren Auswirkungen beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind beihilfefähig.“

6. Der bisherige § 4e wird § 4f und wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie von Fachärzten für

a) Neurologie,

b) Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie,

c) Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder

d) Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,

die zusätzlich zu ihrer Gebietsbezeichnung über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen,

zur Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, durchgeführt werden.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind im folgenden Umfang beihilfefähig:

1. bis zu fünf probatorische Sitzungen sowie,

2. Einzelbehandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 25 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert
Regelfall	120 Behandlungseinheiten	60 Behandlungseinheiten
Ausnahmefall	40 weitere Behandlungseinheiten	20 weitere Behandlungseinheiten

und

3. Gruppenbehandlung, bei Kindern und Jugendlichen ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen

wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 100 Minuten dauert
80 Behandlungseinheiten	40 Behandlungseinheiten

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist die gesamte Behandlung nach Satz 1 Nummer 2 beihilfefähig.“

7. Der bisherige § 4 f wird § 4g.

8. Der bisherige § 4 g wird § 4h und Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:



„Die Verordnung von Soziotherapie dürfen nur Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, vornehmen.“

9. Nach § 4h wird folgender § 4i eingefügt:

#### **„§ 4i Sonstige Heilbehandlungen**

(1) Zur Heilbehandlung gehören auch Bäder - ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme (§§ 6 bis 7) -, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien und die bei Durchführung der Heilbehandlung verbrauchten Stoffe.

(2) Die verordnete Heilbehandlung muss nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen und, soweit nicht von einem Arzt oder Heilpraktiker erbracht, von einem Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe durchgeführt werden. Es sind dies Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Klinische Linguisten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinische Bademeister, Physiotherapeuten, Podologen oder akademische Sprachtherapeuten, die über eine Zulassung der Gesetzlichen Krankenversicherung nach § 124 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verfügen. Die Angemessenheit von Aufwendungen beihilferechtlich anerkannter Heilbehandlungen, die von Behandlern nach Satz 2 erbracht werden, bestimmt sich nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und Anlage 5 zu dieser Verordnung. Pauschalabrechnungen können grundsätzlich nicht berücksichtigt werden, es sei denn, die Pauschalabrechnungen entgelten im Grundsatz beihilfefähige Leistungen und entsprechen den Beträgen, die mit gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern vereinbart wurden. Das Finanzministerium kann weitere Ausnahmen zulassen.

(3) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 können Physiotherapeuten mit eingeschränkter Heilpraktikererlaubnis (Physiotherapie-Heilpraktiker) Heilbehandlungen nach eigener Diagnosestellung ohne ärztliche Verordnung nach Anlage 4 erbringen. Wird der Physiotherapie-Heilpraktiker auf Grund einer ärztlichen Verordnung tätig, bemessen sich die Gebühren nach Anlage 5 dieser Verordnung. Die in diesen Fällen in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist beihilfefähig.

(4) Heilbehandlungen, die wegen fehlender wissenschaftlicher Anerkennung oder fehlender Notwendigkeit beihilferechtlich nicht oder teilweise nicht berücksichtigt werden können, ergeben sich aus der nicht abschließenden Anlage 6 zu dieser Verordnung. In begründeten Einzelfällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht oder ohne Erfolg angewandt wurde, kann das Finanzministerium mit Ausnahme der in Abschnitt I der Anlage 6 aufgeführten Heilbehandlungen eine Ausnahme zulassen. Soweit wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen ohne Erfolg angewendet worden sind, kann das Finanzministerium auf Grund eines Gutachtens eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) auch Aufwendungen für wissenschaftlich noch nicht anerkannte Heilbehandlungen für beihilfefähig erklären.

(5) Ist die Durchführung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden, sind die Aufwendungen für die Heilbehandlung bis zu 20 Euro täglich beihilfefähig. Entsprechendes gilt für Heilbehandlungen, mit denen zugleich berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke verfolgt werden.

(6) Bei Behandlungen in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch notwendige Aufwendungen für Verpflegung bis zu 6 Euro, für Unterkunft und

Verpflegung insgesamt bis zu 10 Euro täglich beihilfefähig, es sei denn, dass § 5 d Absatz 2 oder 6 anzuwenden ist.“

10. § 5 a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 4 wird die Angabe „§ 5 Absatz 6“ durch die Angabe „§ 5 Absatz 7“ ersetzt.

b) Absatz 3 Satz 3 und 4 wird wie folgt gefasst:

„Beihilfefähig sind je Kalenderjahr bis zu 1 612 Euro, wenn die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Der Betrag nach Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 5 c Absatz 2 auf insgesamt 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Das Wort „wohnen“ wird durch das Wort „leben“ ersetzt.

bbb) Im zweiten Halbsatz wird nach der Angabe „Satz 3“ die Angabe „und 4“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „vier“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.

d) Absatz 5 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 ist während eine Kurzzeitpflege nach § 5 c Absatz 1 und 2 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach Absatz 3 und 4 für bis zu sechs Wochen zusätzlich je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege gezahlten Pauschale beihilfefähig.“

11. § 5 c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „vier“ durch das Wort „acht“ ersetzt.

b) In Absatz 3 wird Satz 2 aufgehoben.

12. § 5 e wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 8 Satz 2 wird die Angabe „§ 5 b Absatz 6“ durch die Angabe „§ 5 c Absatz 1“ ersetzt.

b) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegestufen I und II nach Absatz 1 erhöht sich der beihilfefähige Betrag nach

1. § 5 a Absatz 1 in der

a) Pflegestufe I um 221 auf bis zu 689 Euro,

b) Pflegestufe II um 154 auf bis zu 1 298 Euro,

2. § 5 a Absatz 2 in der

a) Pflegestufe I um 72 Euro auf 316 Euro,

b) Pflegestufe II um 87 Euro auf 545 Euro,

3. § 5 b Absatz 2 in der

a) Pflegestufe I um 221 auf bis zu 689 Euro,

b) Pflegestufe II um 154 Euro auf bis zu 1 298 Euro.“

13. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4“ ersetzt.

bb) In Satz 5 werden die Wörter „§ 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „§ 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4“ ersetzt.

14. In § 6 a Absatz 2 werden die Wörter „§ 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4“ ersetzt.

15. In § 6 b Absatz 1 werden die Wörter „(Krebserkrankung, Mukoviszidose, Zustand nach Operation am Herzen oder nach Organtransplantation)“ durch die Wörter „insbesondere Krebserkrankung, Mukoviszidose, Zustand nach Operation am Herzen oder nach Organtransplantation“ ersetzt.

16. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 und 3 werden jeweils die Wörter „§ 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4“ ersetzt.

b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „§ 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4“ ersetzt.

17. In § 10 Absatz 7 Satz 2 werden nach dem Wort „ist“ die Wörter „unabhängig von einer Beihilfengewährung nach Satz 1“ eingefügt.

18. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „§ 5 c“ durch die Angabe „§ 5 d“ ersetzt.

b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 5 c Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 5 d Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Unberücksichtigt bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerentenzusatzversicherungen und sonstigen Summenversicherungen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Personen jeweils 100 Euro täglich nicht überschreiten.“

cc) In Satz 4 wird die Angabe „§§ 5, 5 a bis d“ durch die Angabe „§§ 5, 5 a bis e“ ersetzt.

19. § 12a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „in dem Aufwendungen entstanden sind (§ 3 Absatz 5 Satz 2)“ durch die Wörter „in dem beihilfefähige Aufwendungen in Rechnung gestellt sind“ ersetzt.

b) In Absatz 6 werden die Wörter „vom Entstehen“ durch die Wörter „von der Rechnungsstellung“ ersetzt.

c) In Absatz 7 werden die Wörter „für Vorsorgeuntersuchungen (§ 3 Absatz 1 Nummer 2 und 3) oder Aufwendungen“ gestrichen.

20. Nach § 13 Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Soweit in den Fällen des § 14 Absatz 2 der Erbe unbekannt ist, verlängert sich die Frist nach Satz 1 um zwölf Monate.“

21. § 15 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 wird nach dem Wort „verschreibungspflichtige“ das Wort „apothekenpflichtige“ eingefügt.

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Für schwerwiegend chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. S. 1343), die zuletzt am 19. Juni 2008 (BAnz. S. 3017) geändert worden ist, gelten keine abweichenden Regelungen.“

22. In § 16 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Nummer 1 Satz 3,“ und die Wörter „sowie Absatz 2 Buchstabe b Satz 7,“ gestrichen und nach den Wörtern „§ 4 c Absatz 1 Satz 2“ die Wörter „§ 4i Absatz 4 Satz 3“ eingefügt.

23. Dem § 17 a werden die folgenden Absätze 6 und 7 angefügt:

„(6) Die Regelungen der Fünften Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 10. Dezember 2014 ([GV. NRW. S. 890](#)) gelten mit Ausnahme des Artikels 1 Nummer 14 Buchstabe b für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2014 entstanden sind. Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe b gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2013 entstanden sind.

(7) Die Regelungen der Sechsten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 1. Dezember 2015 ([GV. NRW. S. 844](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2015 entstehen.“

24. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „(zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5)“ gestrichen.

b) In Abschnitt 1 Nummer 2 wird die Angabe „4 d“ durch die Angabe „4e“ ersetzt.

c) Abschnitt 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 5, 6 und 8 werden jeweils die Wörter „Kindern und Jugendlichen“ durch die Wörter „Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,“ ersetzt.

bb) In Nummer 9 Satz 4 wird die Angabe „§ 4 a Absatz 1“ durch die Angabe „§ 4b Absatz 1“ ersetzt.

d) In Abschnitt 4 Nummer 4 werden die Wörter „Kindern und Jugendlichen“ durch die Wörter „Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,“ ersetzt.

25. Anlage 2 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „(zu § 4 Absatz 1 Nummer 7)“ gestrichen.

b) In Nummer 4 werden nach dem Wort „für“ die Wörter „vom Arzt/Zahnarzt beschaffte“ und nach dem Wort „Spritzen,“ das Wort „Infusionen,“ eingefügt.

26. In der Überschrift der Anlage 3 werden die Wörter „(zu § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 11)“ gestrichen.

27. In der Überschrift der Anlage 4 werden die Wörter „(zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5)“ gestrichen.

28. Die **Anlage 5** und **6** aus dem Anhang zu dieser Verordnung werden angefügt.

## **Artikel 2**

Anlage 2 des Runderlasses des Finanzministeriums „Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen“ vom 15. September 2014 (MBI. NRW. S. 558) wird aufgehoben. Die Anlagen 3 bis 10 werden die Anlagen 2 bis 9.

## **Artikel 3**

Die auf Artikel 2 beruhenden Teile der dort geänderten Verwaltungsvorschrift können durch den Runderlass des Finanzministeriums „Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen“ vom 15. September 2014 (MBI. NRW. S. 558) geändert werden.

## **Artikel 4**

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2016 in Kraft und gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2015 entstehen.

Düsseldorf, den 1. Dezember 2015

Der Finanzminister  
des Landes Nordrhein-Westfalen

Dr. Norbert Walter-Borjans

**GV. NRW. 2015 S. 844**

Wichtig: 2 Anlagen dazu:

Anlage 5 und 6

## Beihilferechtliche Angemessenheit der von Gesundheits- und Medizinalfachberufen in Rechnung gestellten Beträge

Die Angemessenheit der von Gesundheits- und Medizinalfachberufen in Rechnung gestellten Beträge richtet sich nach dem folgenden Leistungsverzeichnis:

### Abschnitt 1

#### Leistungsverzeichnis für ärztlich verordnete Heilbehandlungen

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
<b>I. Inhalation<sup>1)</sup></b>		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	6,70 €
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,60 €
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	5,70 €
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	11,30 €
	b) mittels Hauben	13,80 €
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>		
3	Krankengymnastik (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung	19,50 €
4	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen, die nach Abschluss der Hirnreife erworben werden, als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10 €
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen, die angeboren sind oder bis zum Alter von 14 Jahren erworben werden, als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 €
6	Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 – 8 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer	6,20 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
7	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 – 4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 €
8	Krankengymnastik (Atemtherapie)	
	a) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 €
	b) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen in einer Gruppe (2 – 5 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 €
9	Bewegungsübungen	7,70 €
10	Krankengymnastik oder Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60 €
	b) in einer Gruppe (bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80 €
11	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50 €
12	Chirogymnastik – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40 €
13	Erweiterte ambulante Physiotherapie <sup>2)</sup> Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag, soweit die Voraussetzungen des Abschnitts 2 vorliegen	81,90 €
14	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), Behandlungsrichtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 18 Behandlungen je Krankheitsfall, soweit die Voraussetzungen des Abschnitts 3 vorliegen	35,00 €
15	Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glissonschnelle)	5,20 €
16	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70 €
<b>III. Massagen</b>		
17	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80 €
18	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
	a) Teilbehandlung, 30 Minuten	19,50 €
	b) Großbehandlung, 45 Minuten	29,20 €
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten	39,00 €
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität <sup>3)</sup>	8,70 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
19	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10 €
<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>		
20	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30 €
21	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80 €
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	20,50 €
	bb) Großpackung	28,20 €
22	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,90 €
23	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	7,70 €
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40 €
24	Heublumensack, Peloidkompressen	9,20 €
25	Wickel, Auflagen, Kompressen und anderen, auch mit Zusatz	4,60 €
26	Trockenpackung	3,10 €
27	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10 €
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60 €
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 €
28	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30 €
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,00 €
29	Wechselbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	9,20 €
	b) Vollbad	13,30 €



Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
30	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00 €
31	Naturmoorbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Halbbad	32,80 €
	b) Vollbad	39,90 €
32	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	28,70 €
	b) Vollbad	32,80 €
33	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit der Bestrahlung durch langwelliges ultraviolettes Licht [UV-A] oder kurzwelliges ultraviolettes Licht [UV-B], einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80 €
34	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand- oder Fußbad) mit Zusatz, zum Beispiel vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70 €
	b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30 €
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50 €
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	3,10 €
35	Gashaltige Bäder	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50 €
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50 €
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00 €
	d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50 €
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10 €
	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter Nummer 34 Buchstabe a bis c und Nummer 35 Buchstabe b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 34 Buchstabe d beihilfefähig.	

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
<b>V. Kälte- und Wärmebehandlung</b>		
36	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80 €
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70 €
37	Eisteilbad	9,80 €
38	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70 €
<b>VI. Elektrotherapie</b>		
39	Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20 €
40	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20 €
41	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20 €
42	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80 €
43	Iontophorese	6,20 €
44	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30 €
45	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00 €
<b>VII. Lichttherapie</b>		
46	Behandlung mit Ultraviolettlicht	
	a) als Einzelbehandlung	3,10 €
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	2,60 €
47	a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10 €
	b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20 €
48	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20 €
49	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
<b>VIII. Logopädie</b>		
50	Behandlungsplanung und Bericht	
	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechung, einmal je Behandlungsfall	31,70 €
	b) standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60 €
	c) ausführlicher Bericht	11,80 €
51	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50 €
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20 €
52	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung der Patientin oder des Patienten oder gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90 €
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40 €
<b>IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>		
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70 €
54	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50 €
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80 €
55	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
56	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,40 €
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	28,70 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
<b>X. Podologische Therapie<sup>4)</sup></b>		
57	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50 €
58	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70 €
59	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05 €
60	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25 €
61	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10 €
62	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50 €
<b>XI. Sonstiges</b>		
63	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20 €
64	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	
	Bei Besuchen mehrerer Patientinnen oder Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 63 und 64 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	

## Abschnitt 2

### Erweiterte ambulante Physiotherapie

1.

Aufwendungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) – Nummer 13 des Leistungsverzeichnisses – sind bei beihilfefähig, wenn die EAP von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen 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 > 50° 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

- aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
- bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
  - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
  - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
  - ccc) schwere Schultersteife (frozen shoulder),
- ddd) Impingement-Syndrom,
- eee) Schultergelenkluxation,
- fff) tendinosis calcarea,
- ggg) periathritis humero-scapularis,
- cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,

e)  
Amputationen.

Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

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

- a) einem Krankenhausarzt,
- b) einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
- c) einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
- d) einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.

2. Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

3.  
Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
- b) Physikalische Therapie nach Bedarf,
- c) Medizinisches Aufbautraining.

Bei Bedarf können folgende zusätzliche Leistungen erbracht werden:

- d) Lymphdrainage oder Massage oder Bindegewebsmassage,
- e) Isokinetik,
- f) Unterwassermassage.

Diese zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 13 abgegolten.

4.  
Der Behandelte muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

### **Abschnitt 3**

#### **Medizinisches Aufbautraining**

1.

Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn

a)

das Training von einem Krankenhausarzt, einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie, einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ verordnet wird.

b)

Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und

c)

jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.

2.

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Behandlungen je Krankheitsfall begrenzt.

3.

Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von einem Arzt erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:

a)

Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.

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 (je Sitzung) und begleitenden krankengymnastischen Übungen nach Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Nummern analog 846, analog 558 sowie Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte können pro Sitzung jeweils nur einmal abgerechnet werden.

4.

Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern nach § 4 i Absatz 2 BVO erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 14 des Abschnitts 1.

5.

Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

#### **Abschnitt 4**

#### **Aufwendungen für medizinische Fußpflege**

Aufwendungen für medizinische Fußpflege durch Podologinnen, Podologen, medizinische Fußpflegerinnen und medizinische Fußpfleger sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Orthonoxysspangen sind auch außerhalb der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

1. Nagelkorrekturspange mit Endschlaufen (Feder- bzw. Schienungsprinzip)

a) Erste Behandlungseinheiten bis zur Fixierung (Verklebung) der angefertigten Spange (einschließlich Nageluntersuchung, -bearbeitung, Abdruck, Passiv-Spange, Aufsetzen, Abnehmen, Fixierung, Materialkosten): 100 Euro.

b) Folgebehandlung (Nachregulierungen) je Behandlungseinheit (einschließlich Nagelbearbeitung, Anpassen, Aufsetzen, Fixierung, Materialkosten): 24,50 Euro.

c) Kontrolluntersuchung: 7,00 Euro.

2. Nagelkorrektur ohne Endschlaufen (Klebespange)

a) Behandlung (einschließlich Nageluntersuchung, -bearbeitung, Fixierung, Materialkosten): 44,50 Euro.

b) Kontrolluntersuchung: 7,00 Euro.

---

<sup>1)</sup>

Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.

<sup>2)</sup>

Darf nur bei Durchführung von solchen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/erweiterten ambulanten Physiotherapie zugelassen sind.

<sup>3)</sup>

Das notwendige Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig.

<sup>4)</sup>

Aufwendungen für medizinische Fußpflege durch eine Podologin, einen Podologen, eine medizinische Fußpflegerin oder einen medizinischen Fußpfleger sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.



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

**Abschnitt I**

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

**A.**

1. ACP-Therapie (vgl. auch Ziffer 93),
2. Aktiv-spezifische Immuntherapie – ASI - mit autologer Tumorzellvakzine (auch Impfung mit dendritischen Zellen),
3. Akupunktmassage,
4. Akupressur,
5. Allergostop-Therapie (vgl. auch Ziffer 93),
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. Bruchheilung ohne Operation (biologische Injektionsbehandlung von Leisten-, Nabel- und anderen Brüchen),

**C**

29. Cervicale Selektive Rezeptoren-Blockade,
30. Chelat-Infusionstherapie,

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

## **D**

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

## **E**

41. Eigenblutozonbehandlung (vgl. auch Ziffer 99)
42. Elektro-Akupunktur nach Voll,
43. Elektro-Cancer-Therapie – ECT - oder Galvanotherapie,
44. Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon,
45. Elektro-Neural-Diagnostik,
46. Elektronische Systemdiagnostik,
47. Epidurale Wirbelsäulenkateterertechnik nach Prof. Racz (vgl. auch Ziffern 85 und 139),
48. Eutonie - Therapie,

## **F**

49. Fratzer-Therapie,
50. Frischzellentherapie,
51. Fußreflexzonenmassage,

## **G**

52. Galvanotherapie (s. Elektro-Cancer-Therapie – ECT -),
53. 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),
54. Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität,

## **H**

55. Hämatogene Oxidationstherapie – HOT -, Blutwäsche nach Wehrli,
56. Haifa-Therapie,
57. Heidelberger Kapsel (Säurewertmessung im Magen durch Anwendung der Endoradiosonde),
58. Heileurhythmie,
59. Heinz-Spagyrik-Therapie,
60. Hochdosierte, selektive UVA1-Bestrahlung,
61. Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung,
62. Höhlentherapie,

## **I**

63. Immuno-augmentative Therapie – IAT -,
64. Immunsereen (Serocytotherapie),
65. Insulin Potentiation Therapie – IPT -,
66. Intravasale Insufflation bzw. andere parenterale Infiltration von Sauerstoff und anderen Gasen,
67. IRAP-Therapie,
68. 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),
69. Isokinetische Muskelrehabilitation,

## **K**

70. Kariesdetektor-Behandlung,
71. Kariesentfernung nach Prof. Fusayama,
72. Kinesiologische Behandlung,
73. Kirlian-Fotografie,
74. Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur),
75. Konduktive Förderung nach Petö, sofern nicht schon als heilpädagogische Behandlung ausgeschlossen,
76. Kontaktlinsenimplantation (zur Korrektur von Fehlsichtigkeiten),
77. Krebs-Mehrschritt-Therapie nach Prof. von Ardenne,

## **L**

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

## **M**

83. Manual-Therapie nach Dr. Kozijavkin,
84. Medikamententestung nach Dr. Voll,
85. Minimalinvasive Wirbelsäulen-Kathetertechnik nach Racz,
86. 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),
87. Mora-Therapie,
88. Moxibustionen,
89. Musik- und Tanztherapie,

## **N**

90. Neurotopische Diagnostik und Therapie nach Desnizza und ähnliche Therapien mit Kochsalzlösungsinjektionen,
91. Nicht-invasive Kariesbehandlung mit dem sog. HealOzone-Gerät,
92. Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall,

## **O**

93. Original Matrix-Regenerations-Therapie nach Dr. Köhler,

94. Orthokin-Therapie,
95. Osmotische Entwässerungstherapie,
96. OTCB Therapieprogramm,
97. Oxidativer Stress-Test,
98. Oxyvenierungstherapie nach Regelsberger (z.B. intravenöse Sauerstoffinsufflation, Sauerstoff-Infusions-Therapie – SIT -, Komplexe intravenöse Sauerstofftherapie – KIS -),
99. Ozontherapie, Sauerstoff-Ozon-Eigenbluttherapie, Oxytherapie, Hyperbare Ozontherapie,

## **P**

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

## **Q**

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

## **R**

108. Radiale Stoßwellentherapie – RSWT -,
109. Regeneresen-Therapie,
110. Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen,
111. RiV-Impftherapie bei AIDS,
112. Rolfing-Behandlung,

## **S**

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

## **T**

121. Tai Chi (s. auch Traditionelle chinesische Therapie),
122. T-Zell - Vakzinierung nach Dr. Kübler,
123. Tanztherapie,
124. Therapie nach Dr. Kozijavkin,
125. Thermoregulationsdiagnostik,
126. Thermotherapie der Prostata (z.B. transurethrale Mikrowellentherapie der Prostata, TUMT) bei bösartigen Erkrankungen,
127. Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten,
128. Tomatis-Methode,
129. Traditionelle chinesische Therapie ( z.B. Qi-Gong, Shiatsu-Therapie, Tai-Na, Tui-Na und Akupressur),
130. Transzendente Meditation,

131. Trockenzellentherapie,  
132. Tui-Na (s. auch traditionelle chinesische Therapie),

## U

133. Ultraviolettbestrahlung des Blutes – UVB -,  
134. Uterus-Ballon-Therapie,

## V

135. Vaduril-Injektionen gegen Parodontose,  
136. Vibrationsmassage des Kreuzbeins,  
137. Visuelle Restitutionstherapie,

## W

138. Wiedemann-Serum-Therapie,  
139. Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz,

## Y

140. Yoga-Übungen,

## Z

141. 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 und bei Landesbediensteten mit Zustimmung des Finanzministeriums).

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. Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen und/oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Beihilfestelle vor Aufnahme der Behandlung zugestimmt hat (bei Landesbediensteten bedarf es zusätzlich der Zustimmung des Finanzministeriums; hierzu hat die Beihilfestelle zuvor ein Gutachten (z.B. Universitätsaugenklinik) einzuholen).

### 4. Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung

1. verkalkender Sehnenerkrankungen (Tendinosis calcarea),
2. nicht heilender Knochenbrüche (Pseudarthrose),
3. des Fersensporn (Fasziitis plantaris) sowie

4. der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapiefraktäre Achillodynie).  
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.

5. Peeling (mechanisch, chemisch, Enzym, Laser, Mikrodermabrasion)

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

6. Genexpressionstest

Beihilfefähig bei Landesbediensteten nur mit Zustimmung des Finanzministeriums.

7. Hyperbare Sauerstoffbehandlung (Überdruckbehandlung)

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von

1. Kohlenmonoxydvergiftungen,
2. Gasangrän,
3. chronischen Knocheninfektionen,
4. Septikämien,
5. schweren Verbrennungen,
6. Gasembolien,
7. peripherer Ischämie oder
8. mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

Beihilfefähig sind nur die Aufwendungen für maximal 15 ambulante Behandlungen.

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. 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.

11. Protonentherapie

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

12. 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 3 bis 5 der Anlage 5 beihilfefähig.