



**Sechzehnte Verordnung  
zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW**

**Vom 30. Juli 2024**

Auf Grund des § 75 Absatz 10 des Landesbeamtengesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310, ber. S. 642), der durch Artikel 2 Nummer 6 des Gesetzes vom 1. Dezember 2021 (GV. NRW. S. 1367) geändert worden ist, verordnet das Ministerium der Finanzen:

**Artikel 1**

Die Beihilfenverordnung NRW vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 602), die zuletzt durch Verordnung vom 19. Dezember 2023 (GV. NRW. S. 1441) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b Satzteil vor Satz 2 wird das Wort „Jahr“ durch das Wort „Kalenderjahr“ ersetzt.

2. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 Satz 3 werden die Wörter „,die zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966) geändert worden ist“ durch die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.

b) In Nummer 7 Satz 1, Nummer 8 und Nummer 10 Satz 1 wird jeweils das Wort „schriftlich“ gestrichen.

c) In Nummer 10 Satz 9 wird vor der Angabe „10 000“ das Wort „als“ eingefügt.

3. § 4a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „bis zur Höhe von 51 Euro“ gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Sitzungen“ das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „schriftlichen oder elektronischen“ gestrichen.

4. § 4b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „4“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „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,“ werden gestrichen.

bb) Nummer 3 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Wörter „, es sei denn, dass es sich um eine Kurzzeit- oder Gruppentherapie handelt“ werden gestrichen.

bbb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Die Anerkennung einer Gruppentherapie kann ohne Gutachten erfolgen. Absatz 5 bleibt unberührt.“

c) Absatz 5 wird aufgehoben.

d) Die Absätze 6 und 7 werden die Absätze 5 und 6.

5. In § 4e Satz 1 werden die Wörter „für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,“ gestrichen.

6. § 4h wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

#### **„§ 4h**

#### **Anwendbarkeit von Vereinbarungen und Abrechnungsempfehlungen“**

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Von der Angemessenheit von Aufwendungen ist auszugehen, wenn die entsprechenden Rechnungen auf Vereinbarungen oder gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. mit Leistungserbringern, Gruppen oder Verbänden von Leistungserbringern beruhen. Dies gilt nicht, wenn das für Finanzen zuständige Ministerium entscheidet, dass einer Vereinbarung oder gemeinsamen Abrechnungsempfehlung nicht gefolgt werden kann. Bei dieser Entscheidung sind die Vor- und Nachteile einer Abweichung abzuwägen, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf

a) die Versorgungssicherheit der Beihilfeberechtigten,

b) die Festsetzungspraxis und

c) die Entwicklung der Beihilfeausgaben auch im Vergleich zu gleichartigen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Soweit Aufwendungen die nach Satz 1 angemessenen Beträge überschreiten, sind die übersteigenden Beträge nicht beihilfefähig.“

7. Dem § 5a wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Aufwendungen für eine Versorgung der pflegebedürftigen Person sind auch in den Fällen nach § 42a Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Für Umfang und Höhe gilt § 42a Absatz 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Leistungsmittel der Pflegeversicherung ist für die Beihilfestelle bindend und zunächst abzuwarten. Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend.“

8. In § 5c Absatz 2 Nummer 2 wird nach dem Wort „Absatz“ die Angabe „2 Nummer“ eingefügt.

9. § 5g Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 8 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.

b) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.

c) Folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10. deren Versorgung nach § 5a Absatz 9 bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson.“

10. In § 6c Satz 1 wird das Wort „schriftlich“ gestrichen.

11. In § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird das Wort „schriftliche“ gestrichen.

12. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „schriftlichen oder elektronischen Antrag mittels einer Beihilfe App“ durch das Wort „Antrag“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; § 3a des Verwaltungsverfahrensgesetzes NRW in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 1999 (GV. NRW. S. 602) in der jeweils geltenden Fassung bleibt unberührt.“ ersetzt.

cc) In Satz 3 Nummer 6 werden die Wörter „§ 74 Absatz 3 des Kunsthochschulgesetzes vom 13. März 2008 (GV. NRW. S. 195), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310) geändert worden ist, oder § 77 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 3 des Hochschulgesetzes vom 16. September 2014 (GV. NRW. S. 547), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. Juli 2019 (GV. NRW. S. 425, ber. S. 593) geändert worden ist,“ durch die Wörter „§ 71 Absatz 4 des Kunsthochschulgesetzes vom 13. März 2008 (GV. NRW. S. 195) in der jeweils geltenden Fassung oder nach § 77 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 3 des Hochschulgesetzes vom 16. September 2014 (GV. NRW. S. 547) in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.

b) Nach Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Nutzung einer angebotenen elektronischen Antragsmöglichkeit bleibt unberührt.“

c) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „sowie Stempel und Unterschrift des Ausstellers“ gestrichen.

d) Absatz 5 wird aufgehoben.

e) Die Absätze 6 bis 9 werden die Absätze 4 bis 7.

f) Absatz 10 wird Absatz 8 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe „7“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

bb) In Satz 4 wird das Wort „der“ durch das Wort „einer“ ersetzt.

g) Absatz 11 wird Absatz 9 und die Angabe „10“ durch die Angabe „8“ ersetzt.

h) Die Absätze 12 bis 14 werden die Absätze 10 bis 12.

13. § 16 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Hochschulen im Sinne des § 1 Absatz 2 des Hochschulgesetzes können in einer Vereinbarung nach § 77 Absatz 2 oder 3 des Hochschulgesetzes abweichende Regelungen erlassen.“

14. Dem § 17a wird folgender Absatz 18 angefügt:

„(18) Die Regelungen der Sechzehnten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieser Verordnung] gelten für Aufwendungen, die nach dem 30. Juni 2024 entstehen.“

15. Die Anlagen 1, 4 und 5 erhalten die aus den Anhängen 1 bis 3 zu dieser Verordnung ersichtlichen Fassungen.

## Artikel 2

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2024 in Kraft.

Düsseldorf, den ~~20~~ 24. Juli 2024

Der Minister der Finanzen  
des Landes Nordrhein-Westfalen

  
Dr. Marcus Optendrenk

## **Anlage 1**

**(zu § 4 Absatz 1, § 4a Absatz 4 und § 4b Absatz 2)**

### **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.

## 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 in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 26. November 2019 (BGBl. I S. 1794) geändert worden ist.

Die Tätigkeit der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag (§§ 611 bis 630 des Bürgerlichen Gesetzbuches, in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 - BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738 -, das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 31. Januar 2019 - BGBl. I S. 54 - geändert worden ist) 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 der Beihilfenverordnung NRW gilt entsprechend.

Nach § 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 § 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 (§ 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, Verbandsspray, 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) §§ 3 und 4 sowie Anlage 2 BVO 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	12,50 €
	<i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>	
<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	10,00 €
	<i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>	
<b>34</b>	<b>Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung</b>	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule	17,00 €
	<i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	
<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	Naturmoorbild 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	Gashaltiges Bad	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,10 €
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70 €
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70 €
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40 €
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10 €
39	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 37 Buchstabe a bis c und nach Nummer 38 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 37 Buchstabe d beihilfefähig.	
	<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
	telemedizinische Leistung bei Blankoverordnung, 1 Zeitintervall = 15 Minuten Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann zweimal pro Blankoverordnung erbracht werden.	
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.