

**Arbeitshinweise zum Beihilfenrecht;
hier: Anwendung des § 3 Abs. 2 BVO**

**Rundschreiben des Ministeriums der Finanzen vom 05.02.2004 zuletzt
geändert mit Rundschreiben vom 29.03.2010 (P 1820/03 A - 416)**

I Hinweise zum Gebührenrecht

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1.1 Bemessung der Gebühren

Nach § 5 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen, bei den sog. medizinisch-technischen Leistungen - § 5 Abs. 3 GOÄ - nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen sowie bei Laborleistungen - § 5 Abs. 4 GOÄ - nach dem Einfachen bis 1,3fachen des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes. Überschreitet eine Gebühr den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 oder Abs. 4 GOÄ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn der Rechnungsaussteller dargelegt hat, dass Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien die Überschreitung der Schwellenwerte rechtfertigen. Aus der Begründung der Rechnung muss ersichtlich sein, dass die Leistung aufgrund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. Dazu reicht im Allgemeinen eine stichwortartige Kurzbegründung aus, in der die „Besonderheiten“ der einzelnen Leistung substantiiert angesprochen sind. Besonderheiten der Bemessungskriterien können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war oder
- einen besonderen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung über das gewöhnliche Maß hinausging.

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 17.02.1994 - 2 C 10.92 - (NJW 1994 S. 3023) hat die Überschreitung des Schwellenwertes „den Charakter einer Ausnahme“; Gebühren bis zum Schwellenwert sind danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwendige Behandlungs-

fälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt und decken in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab. In Fortführung dieser Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil vom 30.05.1996 - 2 C 10.95 - (NJW 1996, S. 3094) darauf hingewiesen, dass die Beihilfefestsetzungsstellen zur Überprüfung der ärztlichen Gebührenrechnungen befugt und eventuelle Zweifel anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen sind. Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der GOÄ ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen.

Aufwendungen über den Schwellenwert hinaus sind nicht schon wegen der Besonderheiten der angewandten Verfahren beihilfefähig, sondern vor allem wegen Besonderheiten, die gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle aufgetreten sind (personenbezogene Bemessungskriterien) z. B. besondere Erschwernis bei einer Unterleibsoperation wegen anlagebedingter starker Blutungsneigung der Patientin. Besonderheiten im Bereich des behandelnden Arztes, z. B. seine besondere Qualifikation (Chefarzt, Professor usw.) oder der Einsatz eines besonders teuren Gerätes bei der Leistungserbringung scheiden als Gründe für die Überschreitung der Schwellenwerte grundsätzlich aus.

Besonderheiten der patientenbezogenen Bemessungskriterien rechtfertigen die Überschreitung des Schwellenwertes jeweils nur bei den Leistungen, mit denen sie im Zusammenhang stehen (leistungsbezogene Begründungen). Verwachsungen im Operationsbereich können z. B. Anlass für das Überschreiten des Schwellenwertes bei der Operationsgebühr geben, stellen aber in der Regel keine gebührenrechtliche Besonderheit bezüglich anderer ärztlicher Leistungen wie Visiten, Infusionen, Injektionen usw. dar. Als leistungsbezogene Begründung kann u. U. auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles angesehen werden (§ 5 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), z. B. bei Leistungen in den ersten Tagen nach einem Unfall mit vielfältigen Verletzungen.

Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Vertrages über die Wahlleistungen benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, ist ein Überschreiten der Schwellenwerte nicht zu-

lässig (§ 5 Abs. 5 GOÄ).

1.2 Leistungen bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen

Nach Auffassung des zuständigen Bundesministeriums ist eine Leistungserbringung außerhalb der üblichen Präsenz des Arztes im Krankenhaus für sich allein keine ausreichende Begründung für ein Überschreiten der Schwellenwerte nach § 5 Abs. 2 GOÄ (2,3facher, 1,8facher bzw. 1,15facher Satz). Ein über die Schwellenwerte hinausgehender Multiplikator kann allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sonstige besondere Umstände des § 5 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

1.3 Minderung der ärztlichen Honorare bei stationärer Behandlung

Nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ sind bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge (ausgenommen der Zuschlag nach Buchstabe J im Abschnitt B V) um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 vom Hundert.

Entsprechende Minderungssätze gelten nach § 7 GOZ auch für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privat Zahnärztliche Leistungen.

Der jeweilige Minderungsbetrag ist in der Rechnung anzugeben (§ 12 Abs. 2 Nr. 3 GOÄ bzw. § 10 Abs. 2 Nr. 3 GOZ). Für die Begründungspflicht bei Überschreiten der Schwellenwerte ist der Gebührensatz vor Abzug des Minderungsbetrages maßgebend (§ 12 Abs. 3 Satz 1 GOÄ bzw. § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ).

Nach den Urteilen des Bundesgerichtshofes vom 14.01.1998 – IV ZR 61/97, vom 17.09.1998 – III ZR 222/97 und vom 13.06.2002 – III ZR 186/01 sind die Gebühren nach § 6a Abs. 1 GOÄ für sämtliche wahlärztliche, belegärztliche, konsiliarärztliche und sonstige privatärztliche Leistungen zu mindern, die untrennbar mit einer vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung

tionären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung verbunden sind. Dies gilt unabhängig vom Ort der Leistungserbringung - auch wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien eingesetzt hat (externe Leistungserbringung). Der Vorschrift liegt zur Harmonisierung von Bundespflege-satzverordnung und GOÄ eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstehen, denn § 6a GOÄ soll nicht das Kosteninteresse des Leistungserbringers, sondern den Patienten vor finanziellen Benachteiligungen schützen.

1.4 Berechenbarkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Berechnungsfähigkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Nach ihrem Sinn und Zweck soll die Gebührenposition nach Nr. 4 des GOÄ-Gebührenverzeichnisses die Abrechnung einer Anamneseerhebung und/oder Beratung auch dann ermöglichen, wenn diese nach den besonderen Umständen des Behandlungsfalles die Einbeziehung einer Bezugs- oder Begleitperson erfordert, weil eine unmittelbare Vornahme gegenüber dem behandelten Patienten nicht möglich oder nicht sinnvoll ist. Sofern die Anamneseerhebung über eine Bezugsperson bei bestimmten Personengruppen (z. B. bei Kindern) auch bei „normalem“ Gesundheitszustand den Regelfall bildet, muss diese als mit den Leistungen nach den Nrn. 1 bzw. 3 abgegolten betrachtet werden. Eine Berechnung der Nr. 4 im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern wird deshalb in der Regel nur bei Vorliegen besonderer Erschwernisse (z. B. bei behinderten Kindern) geboten sein.

Sofern aus im Einzelfall gegebenem Anlass die Leistung nach Nr. 4 - auch im Hinblick auf eine dabei unter Einbeziehung einer Bezugsperson vorgenommene Beratung - berechnet werden kann, ist daneben für die Abrechnung einer Beratung nach den Nrn. 1 oder 3 kein Raum. Da es sich bei der im Leistungstext der Nr. 4 angesprochenen „Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en)“ charakteristischer-

weise um eine Leistung mit beratendem Inhalt handelt, ist diese mit der Gebühr nach Nr. 4 abgegolten und kann daneben nicht gesondert nach den Nrn. 1 oder 3 abgerechnet werden. Dem steht das Fehlen eines formellen Abrechnungsausschlusses (z. B. „...ist daneben nicht berechnungsfähig“), dem insoweit ohnehin nur deklaratorische Bedeutung zukommen könnte, nicht entgegen, da sich der Abrechnungsausschluss allgemein bereits aus § 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ ergibt.“

1.5 Wegegeld und Besuchsgebühren

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Voraussetzungen für die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nach der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Wegegeld nach § 8 GOÄ und Besuchsgebühren nach den Nrn. 48 bis 51 sowie Zuschläge nach Abschnitt B V, Buchstaben E bis H und K 2 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ werden nur für Besuche gezahlt. Ein Besuch im gebührenrechtlichen Sinne liegt vor, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht.

Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig (Abschnitt B Nr. 6 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

Soweit niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt zum Konsilium oder zur Mitbehandlung gerufen werden, kommt die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nur in Betracht, wenn der Arzt nicht vereinbarungsgemäß oder regelmäßig beigezogen, sondern für einen bestimmten Patienten im konkreten Fall angefordert wird.“

1.6 Ambulantes Operieren

Nach Abschnitt C VIII des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen können

zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen Zuschläge nach den Nrn. 440 bis 449 berechnet werden. Die Zuschläge sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig und in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

1.7 Sonstige Auslegungsfragen zur GOÄ und analoge Bewertungen

Bei der Bundesärztekammer wurde ein „Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen“ eingerichtet. Dieser Konsultationsausschuss gibt sachverständige Stellungnahmen oder Gutachten zu grundsätzlichen Auslegungsfragen der GOÄ gegenüber Ärztekammern und Mitgliedern ab. Die einvernehmlichen Beschlüsse sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

Nach § 6 Abs. 2 GOÄ kann der Arzt selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnen (analoge Bewertung). Das nachfolgende von der Bundesärztekammer herausgegebene Verzeichnis analoger Bewertungen ist bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. Darin sind die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu Analogbewertungen enthalten.

1.7.1 Verzeichnis der Analogbewertungen

Nr.	Leistung	Analog-Nr. GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 36	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten bei Asthma bronchiale, Hypertonie – einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung	33	300	17,49
A 72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus	70	40	2,33
A 353	Einbringung eines Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z. B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie	351	500	29,14
A 409	A-Bild-Sonographie	410	200	11,66
A 482	Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z.B. ACE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathologischen Zuständen (z. B. Unterkühlung)	832	158	9,21
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie oder Fußblock	476	380	22,15
A 618	H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	617	341	19,88

A 619	Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtest, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen	615	227	13,23
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotenziale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotenzial-EKG)	652	445	25,94
A 704	Analtometrie	1791	148	8,63
A 795	Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EGK- und Blutdruckregistrierung	648	605	35,26
A 796	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad-/Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	650	152	8,86
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus den dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	887	200	11,66
A 1006	Gezielte weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 GOÄ erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, das mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt, ggf. mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf, im Positivfall einer fetalen			

	Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, Anlage 1c zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend, je Sitzung	5373	1900	110,75
A 1007	Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation, einschließlich eindimensionaler Doppler-echokardiographischer Untersuchung, ggf. einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, ggf. einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend	424 plus 404 plus 406	700 250 200	40,80 14,57 11,66
A 1008	Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, ggf. farbkodiert und/oder direktionale Doppler-sonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse, ggf. zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 GOÄ oder A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend	649	650	37,89
	Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.			
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschallsicht	1158	739	43,07
A 1387	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling. Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut und Glaskörper berechnungsfähig.	2551	7500	437,15

A 1387.1	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling, ggf. einschließlich Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschließlich Retinotomie, ggf. einschließlich Daunomycin-Spülung, ggf. einschließlich Zell-Transplantation, ggf. einschließlich Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschließlich weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation). Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.	2551 plus 2531	7500 7500	437,15 437,15
<p>Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1: Die Ausschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörperchirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation. Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen - je nach Indikation - die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z. B. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.</p>				
A 1387.2	Macula-Rotation	1375	3500	204,01
A 1716	Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z. B. nach Sachse)	1802	739	43,07
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkatheters, einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband	1833	237	13,81

A 3732	Troponin-T-Schnelltest	3741	200	11,66
A 3733	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	3736	120	7,00
A 3734	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	3736	120	7,00
A 3757	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z. B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	3760	70	4,08
A 4463	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay- ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	4462	230	13,41
A 7001	Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z. B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit Zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfenprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens.	1225	121	7,05
A 7002	Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200 GOÄ berechnet werden.	1200	59	3,44
A 7003	Quantitative Aniseikoniemessung, ggf. einschließlich qualitativer Aniseikonieprüfung	1226	182	10,61
A 7006	Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung	1227	248	14,46
A 7007	Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6 GOÄ.	825	83	4,84

A 7008	Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation je Auge	1249	484	28,21
A 7009	Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. an beiden Augen	415	300	17,49
A 7010	Laserscanning-Ophthalmoskopie	1249	484	28,21
A 7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyzer (ONHA)	423	500	29,14
A 7012	Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie	1229	182	10,61
A 7013	Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation,	1227	248	14,46
A 7014	Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung	413	280	16,32
A 7015	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges	410	200	11,66
	für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung	420	80	4,66
A 7016	Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge	1212	132	7,69
A 7017	Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits	424 plus 406	700 200	40,80 11,66

A 7018	Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge	1298	132	7,69
A 7019	Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung	1215	121	7,05
A 7020	Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression	1257	242	14,11
A 7021	Operative Reposition einer intraokularen Linse	1353	832	48,50
A 7022	Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings	1326	1110	64,70
A 7023	Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laser-scanning Ophthalmoskopie	1217	242	14,11
A 7024	Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklodeviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test	1217	242	14,11
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (sog. Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel	1376	1480	86,27
A 7026	Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse	1326	1110	64,70

Eine Berechnung der Nr. 7026 neben einer Katarakt-Operation, z. B. nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in der gleichen Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (z. B. der subluxierten Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.

A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation	1368	3030	176,61
A 7028	Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfzwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer	1217	242	14,11
A 7029	Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung	1366	1110	64,70

1.7.2 Medizinische Trainingstherapie

Die Bundesärztekammer hat folgenden Beschluss ihres Ausschusses Gebührenordnung zur analogen Bewertung der medizinischen Trainingstherapie veröffentlicht (Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 3 vom 18.01.2002, Seite A 144):

„Eingangsuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie, einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nr. 842 GOÄ (500 Punkte).

Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nr. 842 ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.

*Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (z. B. MedX-CE- und/oder LE-Therapiemaschinen) analog Nr. 846 GOÄ (150 Punkte), zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 GOÄ (je Sitzung, 120 Punkte), zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 GOÄ (120 Punkte). Die Nrn. 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils einmal berechnungsfähig Eine Behandlungsserie kann maximal bis zu 25 Sitzungen umfassen.
.....“*

Für die Beurteilung der Angemessenheit der Aufwendungen kann der oben zitierte Beschluss herangezogen werden. Nummer 5.1.6 der VV zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 BVO beschränkt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ärztlich durchgeführte medizinische Trainingstherapien (MTT) auf 25 Sitzungen je Krankheitsfall.

1.7.3 Extrakorporale Stoßwellentherapie

Auf Grundlage eines Beschlusses der Bundesärztekammer kann die Extrakorporale Stoßwellentherapie bei den in Nummer 2.2 der Verwaltungsvorschrift „Ausschluss wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter Behandlungsmethoden von der Beihilfefähigkeit (MinBl. S. 137) genannten Indikationen analog der Nr. 1800 GOÄ (je

Sitzung, 1480 Punkte) berechnet werden. Die Behandlung einer Pseudarthrose setzt auf Grund größerer Risiken zwingend besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der Traumatologie voraus, die verbunden mit einem im Einzelfall höheren Schwierigkeitsgrad und überdurchschnittlichen Zeitaufwand Gebühren bis zum 3,5fachen Gebührensatz rechtfertigen können.

2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

2.1 Bemessung der Gebühren

Für die Bemessung der Gebühren gemäß § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gelten die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht unter Nr. 1.1 entsprechend.

Der Leistungsumfang der Nummern 205, 207, 209, 211 und 218 GOZ erfasst plastische (Aufbau)Füllungen. Gemäß § 87a SGB V in der Fassung des GKV-Reformgesetzes 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I. S. 2626) sind Mehrkosten für lichthärtende Kompositfüllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes berechnungsfähig. Entsprechendes gilt für die Angemessenheit der Aufwendungen nach § 3 Abs. 2 BVO. Alternativ hierzu kann für Kompositfüllungen als definitive Füllungen auch eine analoge Bewertung nach den Nummern 215 bis 217 GOZ und für plastische Aufbauten nach der Nummer 219 GOZ (vgl. Nummer 2.3) als beihilfefähig anerkannt werden.

2.2 Gebühren für andere Leistungen

2.2.1 Allgemeines

Gemäß § 6 Abs. 1 GOZ ist die Anwendung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen durch Zahnärzte auf die Abschnitte B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M

unter den Nrn. 4113 und 4700, N sowie O dieses Gebührenverzeichnisses begrenzt. Soweit Zahnärzte Leistungen aus diesen Abschnitten erbringen, bestimmt sich die Vergütung dieser Leistungen nach den Vorschriften der GOÄ. Berechnet ein Zahnarzt Gebühren nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ, erfassen die darin enthaltenen Abrechnungsbestimmungen auch Leistungen, die der Zahnarzt auf der Grundlage der GOZ erbringt.

Zur Anwendung der GOÄ durch Zahnärzte hat das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium wie folgt Stellung genommen:

„Die Verweisung betrifft nur solche Abschnitte der GOÄ, in denen Leistungen enthalten sind, die für Zahnärzte nach dem Berufsrecht in Frage kommen können. Die Verweisung auf ganze Abschnitte des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist aus pragmatischen, regelungstechnischen Gründen erfolgt. Aus diesen Abschnitten kann der Zahnarzt nicht alle Leistungen erbringen und berechnen, sondern nur solche Leistungen, die zu seinen beruflichen Leistungen gehören (§ 1 Abs. 1 GOZ) und den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechen (§ 1 Abs. 2 GOZ).“

2.2.2 Einzelfragen zum Gebührenverzeichnis der GOÄ

2.2.2.1 Nr. 3 GOÄ ist neben Nr. 001 GOZ berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungs-, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; die Abrechnungsbestimmung zu Nr. 3 GOÄ ist jedoch zu beachten (vergl. Nr. 2.2.1).

2.2.2.2 Nr. 5 GOÄ ist berechnungsfähig, da eine vergleichbare Leistung nicht in der GOZ enthalten ist.

2.2.2.3 Nr. 6 GOÄ kann durch Zahnärzte nicht berechnet werden, da für diese Leistung die Nr. 001 GOZ zur Verfügung steht.

2.3 Analoge Bewertungen

Gemäß § 6 Abs. 2 GOZ können selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach In-Kraft-Treten der GOZ auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt wer

den, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden. Vermeintliche Lücken im Gebührenverzeichnis oder anderweitige Auffassungen über den Wert einer zahnärztlichen Leistung rechtfertigen keine analoge Bewertung. Dies gilt auch für Leistungen, die lediglich eine besondere Ausführung einer nach dem Gebührenverzeichnis bewerteten Leistung darstellen (§ 4 Abs. 2 GOZ).

2.4 Praxiskosten

Gemäß § 4 Abs. 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist (Urteil des BGH vom 27. Mai 2004 – III ZR 264/03). Zu den nicht berechnungsfähigen Auslagen gehören beispielsweise Anästhetika, Kunststoff für Provisorien, Wurzelkanalinstrumente, Bohrer, Fräsen. Zu den Praxiskosten gehören nicht Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ). Diese sind neben den Gebühren gesondert berechnungsfähig.

Eine gesonderte Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ darf nur bei den in § 6 Abs. 1 GOZ ausdrücklich genannten Leistungen erfolgen. Eine weitergehende entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ für den Auslagenersatz im Zusammenhang mit zahnärztliche Leistungen kommt nicht in Betracht (Urteil des BGH vom 27. Mai 2004 – III ZR 264/03).

2.5 Einzelfragen zum Gebührenverzeichnis der GOZ

- 2.5.1 Mit der Nr. 203 GOZ sollen besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abgegolten werden. Es handelt sich um Maßnahmen (z. B. Separieren oder Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillen einer übermäßigen Papillenblutung), die das Füllen oder Präparieren von Kavitäten erleichtern oder sogar erst ermöglichen. Bei Durchführung mehrerer Einzelmaßnahmen an einem Behandlungstag kann die Gebühr nach Nr. 203 GOZ nur einmal in Ansatz gebracht und damit als beihilfefähig anerkannt werden (vgl. Urteil des VG Augsburg vom 21.09.2000 - Au 2 K 99.1110 - und Urteil des Bayer. VGH vom 07.10.1993 - 3 B 92.2652). Ein mehrfacher Ansatz der Nr. 203 GOZ für Besonderheiten sowohl beim Präparieren als auch beim Füllen von Kavitäten ist ebenfalls

nicht möglich. Die Nr. 203 GOZ kann nur in Verbindung mit Füllungen und Kronen berechnet werden.

- 2.5.2 Vom Leistungsinhalt der Nrn. 205, 207, 209 und 211 GOZ werden auch die Kompositfüllungen erfasst. Zur Bemessung der Gebühren vgl. Hinweise unter Nr. 2.2.
- 2.5.3 Bei Inlays ist die temporäre Versorgung der Kavität zwischen Präparieren der Kavität und Eingliedern der endgültigen Einlagefüllung Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 215 bis 217 GOZ. Daneben können Gebühren nach den Nrn. 227, 228 oder 202 GOZ nicht berechnet werden (vgl. Urteil des BGH vom 13.05.1992 - IV ZR 213/91).
- 2.5.4 Bei der „professionellen Zahnreinigung“ handelt es sich um Leistungen zur Befreiung der Zahnoberflächen und Zahnwurzeloberflächen von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen. Der Leistungsinhalt entspricht unabhängig vom angewandten Verfahren (z. B. Entfernung mit Handgeräten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten, Pulverstrahlgeräten, Scaling-Gels) den Leistungsbeschreibungen der Nrn. 405, 406 und 407 GOZ.
- 2.5.5 Für das Einbringen und Entfernen der Membran im Rahmen der gesteuerten Geweberegenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration, GTR) kann die Nr. 413 GOZ analog als Komplexgebühr oder die Nrn. 412 und 411 GOZ analog jeweils als gesonderte Gebühr für das Einbringen und Entfernen der Membran berechnet werden. Die Kosten für die Membranen (Manschetten) können gesondert berechnet werden.
- 2.5.6 Neben der Nr. 504 GOZ ist die Nr. 508 GOZ nicht berechenbar. Der Sekundärteil einer Teleskopkrone ist kein Verbindungselement im Sinne der Nr. 508 GOZ (vgl. u. a. Urteil des BVerwG vom 30.05.1996 – 2 C 10.95).
- 2.5.7 Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach den Nrn. 603 bis 608 GOZ können quartalsmäßige Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. Die Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung (vgl. Rundschreiben des BMI vom 19.05.1988, GMBI. S. 311).

Die Leistungen nach den Nrn. 603 bis 608 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ als angemessen angesehen werden (vgl. Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes vom 24.03.1997 – 3 B 95.1895).

2.5.8 Die Berechnung der Nr. 619 GOZ kommt grundsätzlich nur bei einer kieferorthopädischen Behandlung in Betracht. Für notwendige Beratungen und Gespräche im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung stehen dem Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 1 GOZ die entsprechenden Gebühren nach der GOÄ zur Verfügung.

2.5.9 Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nrn. 215 bis 217 GOZ), Kronen (Nrn. 220 bis 222 GOZ), Brücken (Nrn. 500 bis 504 GOZ) und Prothesen (Nrn. 520 bis 523 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 222, 504 und 523 GOZ auch die Relationsbestimmung bzw. die Bestimmung der Kieferrelation. Deshalb dürfen in zeitlichem Zusammenhang mit diesen Leistungen keine Gebühren aus dem Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der GOZ (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) berechnet werden.

2.6 Besondere Auslegungsfragen zur GOZ

Die einvernehmlichen Beschlüsse des bei der Bundeszahnärztekammer eingerichteten „Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen“ sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

Beschluss Nr. 1 vom 07.05.2001:

Bei der Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung, d. h. zeitlich getrennt als vorbereitende Maßnahme zur Implantation, kann neben den Nrn. 409, 410 GOZ die Nr. 413 GOZ analog berechnet werden. Bei einseitigem Vorgehen können neben der Nr. 413 GOZ die Nrn. 409, 410 GOZ nicht berechnet werden.

Es besteht Konsens, dass GTR/GBR in der Parodontologie seinen Ursprung hat und heute häufig auch in der Implantologie angewendet wird. In der Parodontologie ist anerkannt, dass die Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leis

tung nach den Nrn. 409, 410 GOZ oder neben der Nr. 413 GOZ analog berechnet werden kann. Es besteht Einigkeit, dass, wenn über eine solche Aussage in der Parodontologie Konsens besteht, sie auch in der Implantologie gelten soll.

Beschluss Nr. 2 vom 07.05.2001:

Nr. 900 GOZ – Implantate, Analyse/Vermessung

Die Nr. 900 GOZ ist einmal pro Kiefer berechenbar, auch bei mehreren Implantatsystemen. Wird die klinische Situation durch präimplantologische chirurgische Eingriffe verändert und ergibt sich dadurch die Notwendigkeit einer erneuten Analyse,

so ist die Nr. 900 GOZ erneut berechenbar.

Beschluss Nr. 3 vom 07.05.2001: Nr.

902 GOZ - Messschablone

Die Leistung nach Nr. 902 GOZ ist je nach Notwendigkeit, ggf. auch mehrmals pro Implantat berechenbar.

Beschluss Nr. 4 vom 07.05.2001: Nr.

904 GOZ – Implantate freilegen

Die Leistung nach Nr. 904 GOZ ist pro Implantatpfosten einmal berechnungsfähig. In Ausnahmefällen bei begründeter medizinischer Indikation kann die Nr. 904 GOZ wieder berechnet werden.

Beschluss Nr. 5 vom 07.05.2001:

Nr. 905 GOZ - Implantate, Berechenbarkeit von Nrn. 229, 231 und 511 GOZ

Die Nrn. 229, 231 und 511 GOZ sind für die Abnahme und Wiederbefestigung bedingt abnehmbarer Suprakonstruktionen berechnungsfähig. Müssen zusätzlich am Implantatkörper Sekundärteile ausgewechselt werden, so ist die Nr. 905 GOZ zusätzlich berechenbar.

Beschluss Nr. 6 vom 07.05.2001:

Nr. 905 GOZ - Implantate, Sekundärteil auswechseln bei bestehender prothetischer Versorgung

Die Leistung nach der Nr. 905 GOZ ist pro Implantatpfeiler und je Sitzung bei einem Wechselvorgang oder Austausch einmal berechenbar.

Die Nr. 905 GOZ ist eine Implantatposition, nicht Hilfsposition bei Suprakonstruktionen.

Beschluss Nr. 7 vom 07.05.2001:

Nr. 2730 GOÄ - Alveolarfortsatz, Lagerbildung für Aufbau

Die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbetts löst keine eigene Gebührenposition aus. **Beschluss Nr. 8** vom 07.05.2001: *Implantate, Verschraubungen*

Bei verschraubten Kronen ist die Nr. 508 GOZ in Verbindung mit der Nr. 220/500 GOZ nicht berechnungsfähig, da die Befestigung einer Krone im Zusammenhang mit deren Eingliederung mit der Gebühr für die Krone abgegolten ist (§ 4 Abs. 2 GOZ).

II Hinweise zum Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)

1. Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern ist in § 3 Abs. 2 Satz 2 BVO normiert. Danach sind derartige Aufwendungen angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen.

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil vom 12.11.2009 -2 C 61.08-entschieden, dass die Begrenzung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern auf den Mindestsatz des im April 1985 geltenden GebüH rechtswidrig ist.

Abweichend von der bisherigen Regelung des § 3 Abs. 2 Satz 2 BVO sind die Aufwendungen für heilpraktische Leistungen angemessen bis zur Höhe des 2,3fachen Gebührensatzes der GOÄ vergleichbarer ärztlicher Leistungen. Zur Vereinfachung der Beihilfenfestsetzung sind die beihilfefähigen Höchstsätze in der in Nr. 2 aufgeführten Übersicht ausgewiesen.

Erläuternd zur Übersicht ist dabei anzumerken:

- a) Sind unter einer GebÜH-Nr. verschiedene Leistungen aufgeführt, die in der GOÄ mit unterschiedlichen Gebühren bewertet werden, ist der beihilfefähige Betrag in der Reihenfolge der Leistungsaufzählung untergliedert in A, B etc..
- b) In die GOÄ nicht aufgenommene Leistungen wurden - soweit möglich - analog bewertet oder mit Anmerkungen versehen, die z.B. auf die von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethoden nach § 4 Abs. 2 BVO hinweisen.
- c) Ist eine Leitungsbeschreibung nur bedingt vergleichbar, ist der GOÄ-Nummer das Kennzeichen A für analoge Bewertung vorangestellt.

2. Leistungsübersicht über die Angemessenheit der Aufwendungen für heilpraktische Leistungen:

A	
Aderlaß	26.2
Aerosolanwendung	23
Akupunktur	21
Aknepusteln, Entfernung von	31.2
Atemtherapie	20.1
Attest	11
Augenhintergrundspiegelung	14.2
Augenvordergrunduntersuchung	14.1
Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes	3
B	
Bäder, medizinische	36
Baunscheidt-Behandlung	27.11
Begasung von Extremitäten	30.2
Beratung	5
Beratung außerhalb der Sprechstunde	6
Beratung an Sonn- und Feiertagen	8
Beratung bei Nacht	7
Bestrahlungen	39.1-2
Biersche Stauung	27.12
Bindegewebsmassage	20.3
Bioelektronische Diagnostik	16.3
Blutausstrichdifferenzierung	12.10
Blutegelbehandlung	27.1
Blutentnahme	26.1
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	12.12
Blutstatus	12.7
Blutuntersuchungen, sonstige	13
Blutwäsche	25.11
Blutzuckerbestimmung	12.8
C	
Cantharidenpflasterbehandlung	27.8
Carzinochrom-Reaktion	12.5
Chemische Untersuchung	12.13
Chemische Untersuchung, aufwendig	12.14
Chemogramm	12.13
Chiropraktik	34.1-2

D	
Diätplan	11.3
E	
Eigenblutinjektion	24.1
Eigenharninjektion	24.2
Einreibungen zur Therapie	20.8
EKG	14.6-7
Elektroneuraldiagnostik	16.1
Elektrophysikalische Methoden	39
Elektrobäder	37.4-5
Enzymdiagnostik	12.14
Erstuntersuchung	1
Erythrozytenzählung	12.11
F	
Fangopackungen	38.1
Fontanellen, Setzen von	27.7
G	
Gefäßdoppler-Untersuchung	14.10
Grundumsatzbestimmung nach Read	14.3
Grundumsatzbestimmung mittels Atmungsuntersuchung	14.4
H	
Hämoglobinbestimmung	12.9
Harnuntersuchung	12.1-4
Hausbesuch	9
Hausbesuch als Eilbesuch	9.2
Hausbesuch bei Tag	9.1
Hausbesuch nachts und sonntags	9.3
Hausbesuch, Nebengebühren	10
Hautwiderstandsmessung	16.4
Heilmagnetische Behandlungen	18.1-2
Heißluftbäder	37.1-3
Herz-Kreislaufuntersuchungen	14.9
Homöopathie, klassische Repert.	2
HOT-Behandlung	25.11
Hydrotherapeutische Anwendungen	36
I	
Infiltration, paravertebrale	28
Infusion	25.7-8
Inhalation	22
Injektion	25
K	
Kirlian-Fotografie	15.1
Kneipp'sche Anwendungen	36.4
Krankheitsbescheinigung	11.1-2
Kristallographie	12.15
Kurplan/Diätplan	11.3
L	
Leukozytenzählung	12.11
Lichtbäder	39.1-2
Lungenkapazität, Prüfung der	14.5
Lymphdrainage	20.6
M	
Magnetfeldtherapie	39.10
Massagen	20

Medico-mechanische Apparate, Beh.	20.7
Mikroskopische Untersuchungen	12.13
N	
Nervenpunktmassage	20.2
Neuraltherapie	25.6
Neurologische Untersuchungen	17
O	
Ohrspülung	30.1
Osteopathie	35.1-6
Oszillogramm-Methoden	14.8
Ozoninjektion	25.9-10
P	
Paravertebrale Infiltration	28
Paraffin-Packungen	38.2-3
Pflasterverbände	33.2
Photoaufnahmen zur Diagnose	15.1-2
Photometrie	12.15
Prießnitzpackungen	38.4
Psychotherapeutische Behandlungen	19.1-8
Pustulieren	27.10
Q	
Quaddelbehandlung	25.4
R	
Reizstromtherapie	39.12
Reiztherapie, Intracutane	25.4
Repertorisation, klass. Homöopathie	2
Roedersche Behandlung	29
S	
Sauerstoffinhalation	23
Saugapparate, Behandlung mit	27.6
Segmentdiagnostik	16.2
Skarifikation der Haut	27.2
Sondermassagen	20.6
Spirometrische Untersuchungen	14.5
Sprachstörungen, Behandlung von	19.7
Sch	
Schlenzbäder und -packungen	36.1/38.4
Schrägbettbehandlung	20.6
Schriftliche Auslassungen	11
Schröpfen	27.3-4
T	
Teilmassage	20.4
U	
Ultraschallbehandlungen	39.13
Untersuchung, eingehende	1
Unterwassermassage	20.6
Urinuntersuchung	12.1-4
V, W	
Verbände	33
Wiederholungsverordnung	3
Wundversorgung	32

Gebüh- Nummer	Leistungsübersicht	GOÄ- Nummer	Schwel- lenwert GOÄ Euro	Bemerkung
1-10 Allgemeine Leistungen				
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	6	13,41	
2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie	30	120,66	Erstanamnese: innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig
		31	60,33	Folgeanamnese: innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin / des Heilpraktikers	2	3,15	
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 4 wird nur als alleinige Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.</i>	3	20,11	
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls, einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 5 wird nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.</i>	1	10,73	
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	1 + Zuschl. A	14,81	
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	1 + Zuschl. B	21,22	
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 Nummer 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit stattfand und die Patientin / der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn die Heilpraktikerin / der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	1 + Zuschl. D	23,55	
9	Hausbesuch einschließlich Beratung			
9.1	bei Tag	50	42,90	
9.2	In dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	50 + Zuschl. E	52,23	
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	50 + Zuschl. G bei Nacht	69,13	
		50 + Zuschl. H an Sonn- u. Feiertagen	62,72	
10	Nebengebühren für Hausbesuche Wenn die Heilpraktikerin / der Heilpraktiker außerhalb der Praxis tätig sein muss, so hat sie / er Anspruch auf Entschädigung für den Zeitaufwand während ihrer / seiner Abwesenheit oder für den zurückgelegten Weg. Liegt der Ort der Behandlung bis zu 2 Kilometer von der Praxis entfernt, dann beträgt das Wegegeld:			
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag			Siehe § 8 GOÄ
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht Das Wegegeld wird ersetzt bei einer Entfernung von 2 bis 25 Kilometern:			
10.3	durch Erstattung der Auslagen für öffentliche Verkehrsmittel			
10.4	durch besondere Vereinbarung mit dem Patienten, wie Gestellung eines Transportmittels. Hierbei besteht nur Anspruch auf Vergütung der Zeitversäumnis.			
	Bei Benutzung des eigenen Fahrzeuges für den zurückgelegten Kilometer:			
10.5	bei Tag			

10.6	bei Nacht			
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:</i> <i>Die Wegekilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht die Heilpraktikerin / der Heilpraktiker mehrere Patientinnen und Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i>			Regelung entspricht § 9 Abs. 2 Nummer 1 GOÄ
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann die Heilpraktikerin / 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.			Siehe § 9 GOÄ
11	Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen			
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse der Patientin / des Patienten	70	5,36	Bescheinigung
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A 4 engzeilig maschinengeschrieben)	75	17,43	Krankheitsbericht
		80	40,22	Gutachten ohne nähere Begründung
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätpläne bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen <i>Anmerkung:</i> <i>Die Vervollständigung vorgefertigter Diätpläne ist nicht berechnungsfähig</i>	76	9,38	
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen			
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung:</i> <i>Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes ist nicht berechnungsfähig.</i>	3511	3,35	
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker usw.)	3531	4,69	
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	3531	4,69	
12.5	Carzinochrom-Reaktion (CCR)			Soweit nicht nach VV zu § 4 Abs. 2 BVO ausgeschlossen
12.7	Blutstatus (nicht neben Nummer 12.9, 12.10, 12.11)	3550 + 3502	12,07	
12.8	Blutzuckerbestimmung	3560	2,68	
12.9	Hämoglobinbestimmung	3550	4,02	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausriches	3502	8,04	
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	3550	4,02	
		3551	1,34	
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschl. Blutentnahme	3501	4,02	
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung	3509	6,70	
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang (z. B. Enzymdiagnostik, Nierenchemie, Blutsrumchemie, Stuhlchemie, Elektrolyse, Elektrophorese, Fermentchemie) pro Einzeluntersuchung	3510	8,04	Gilt abschließend auch für sonstige Laborleistungen; eine analoge Heranziehung des Abschnitts M der GOÄ ist nicht zulässig
12.15	Kristallographie, Photometrie pro Einzeluntersuchung <i>Anmerkung:</i> <i>Die Art der Untersuchung bei Nummer 12.13, 12.14 oder 12.15 ist anzugeben.</i>			Nicht beihilfefähig nach Nummer 1 der VV zu § 4 Abs. 2 BVO
13	Sonstige Untersuchungen			
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z. B. ph-Messungen im strömenden Blut oder	A 3510	8,04	

	Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>			
14	Spezielle Untersuchungen			
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes	1240	9,92	
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <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 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	1242	20,38	
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	A 601	5,91	Nicht neben Nummer 1 oder Nummer 4 berechnungsfähig.
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	A 666	23,82	
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	608	7,97	
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	A 652	59,66	
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	A 650	15,95	bis zu 8 Ableitungen
		A 651	26,54	ab 9 Ableitungen
14.8	Oszillogramm-Methoden	621	13,32	
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung: Nicht neben Nummer 1 und 4 berechenbar.</i>	A 600	9,79	
14.10	Ultraschall-Gefäßduppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- und oder Strömungsmessungen	410 + Zuschlag 404	41,38	
15	Photoaufnahmen			
15.1	Photoaufnahmen zu diagnostischen Zwecken, Aufnahmen schwarz/weiß (pro Augenpaar)			Nicht beihilfefähig: nach § 4 Abs. 3 GOÄ nicht gesondert berechenbar, da Kosten mit der Gebühr der Grundleistung abgegolten sind.
15.2	Vergrößerungen sowie Farbaufnahmen werden zum handelsüblichen Preis berechnet <i>Anmerkung: Photographische Aufnahmen der Iris oder andere photographische Aufnahmen, die zu diagnostischen Zwecken notwendig sind, sind zuvor mit der Patientin / dem Patienten zu vereinbaren, Photoaufnahmen, die Studienzwecken der Heilpraktikerin / des Heilpraktikers dienen, kommen nicht zur Berechnung</i>			
16	Bioenergetische Verfahren			
16.1	Elektro Neural-Diagnostik			Nicht beihilfefähig nach Nummer 1 der VV zu § 4 Abs. 2 BVO
16.2	Segmentdiagnostik, Maximaldiagnostik u.a.			Nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird; nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar
16.3	Bioelektrische Funktionsdiagnostik			Nicht beihilfefähig nach Nummer 1 der VV zu § 4 Abs. 2 BVO
16.4	Hautwiderstandsmessungen <i>Anmerkung: Art und Ziel der Untersuchung sind anzugeben</i>	752	20,10	Nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird; nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar

17	Neurologische Untersuchungen			
17.1	Neurologische Untersuchung <i>Anmerkung: Die neurologische Untersuchung wird grundsätzlich nur durchgeführt, wenn sie für den Heilzweck oder für die Sicherung der Diagnose oder die Beobachtung des Heilungsverlaufes erforderlich erscheint.</i>	800	26,14	Nicht neben Nummer 1 und Nummer 4 berechnungsfähig.
18-23 Spezielle Behandlungen				
18	Heilmagnetische Behandlungen			
18.1	Einfache heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie nicht das gewöhnliche Maß einer Behandlung in zeitlicher Hinsicht überschreiten			Nicht beihilfefähig nach Nummer 1 der VV zu § 4 Abs. 2 BVO
18.2	Heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie in zeitlicher Hinsicht das gewöhnliche Maß überschreiten			
19	Psychotherapie			
19.1	Psychotherapie von halbstündiger Dauer			Nicht beihilfefähig nach VV zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 2 BVO
19.2	Psychotherapie von 50 – 90 Minuten Dauer			
19.3	Ausstellung eines psychodiagnostischen Befundes			
19.4	Psychotherapeutisches Gutachten je zweizeiliger Schreibmaschinenseite			
19.5	Psychologische Exploration mit eingehender Beratung			
19.6	Anwendung und Auswertung von Testverfahren (TAT, TUA, Rorschach usw.)			
19.7	Behandlung von Störungen der Sprechorgane je Sitzung <i>Anmerkung: Die Honorare für eine ausgedehnte Spezialbehandlung von Sprechangst-Neurosen (Stottern), Honorare für spezielle ausgedehnte Sprechlehreurse, Kurse der Entwöhnungsbehandlung usw. sind besonders zu vereinbaren.</i>			
19.8	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose			
20	Atemtherapie, Massagen			Beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	505	8,92	
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a., Spezialnervenzpunktmassage	A 523	6,82	
20.3	Bindegewebssmassage	523	6,82	
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile	520	4,72	
20.5	Großmassage	521	6,82	
20.6	Sondermassagen (Unterwasserdruckstrahlmassage, Lymphdrainage, Schrägbettbehandlung u. a.)	527	9,86	Unterwasserdruckmassage
		523	6,82	Lymphdrainage
		516	6,82	Schrägbettstellung
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	510	7,34	
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	520	4,72	
21	Akupunktur			
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	269	26,81	
		269a	46,92	
21.2	Moxibustionen, Elektroakupunktur, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte			Soweit nicht nach Nummer 1 der V zu § 4 Abs. 2 BVO ausgeschlossen
22	Inhalationen			
22.1	Inhalationen, soweit sie von der Heilpraktikerin/ dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	500	3,99	
23	Aerosole			
23.1	Anwendung von Aerosolen mit Kompressor, Pressluft- bzw. Sauerstoffgerät	501	9,02	Soweit nicht nach Nummer 1 der VV zu § 4 Abs. 2 BVO ausgeschlossen
24-30 Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen- Hautableitungsverfahren				
24	Eigenblut, Eigenharn			
24.1	Eigenblutinjektion	284	12,07	Soweit nicht nach Nummer 1 der VV zu § 4 Abs. 2 BVO ausgeschlossen
24.2	Eigenblutharninjektion			Soweit nicht nach Nummer 1 der VV zu § 4 Abs. 2 BVO ausgeschlossen
25	Injektionen, Infusionen			
25.1	Injektion, subkutan	252	5,36	

25.2	Injektion, intramuskulär	252	5,36	
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	253	9,38	
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung	266	8,04	
25.5	Injektion, intraartikulär	255	12,74	
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	A 255	12,74	
25.7	Infusion	270	10,73	
25.8	Dauertropfeninfusion <i>Anmerkung: Für die bei Infusionen ggf. eingebrachten Medikamente werden nur die nachweisbaren Eigenkosten, unter Angabe von Art und Menge der verbrauchten Präparate, von den Leistungsträgerinnen oder Leistungsträgern erstattet.</i>	272	24,13	
25.9	Gasgemischinjektionen (z.B. Ozon oder Sauerstoff), intramuskulär			Soweit nicht nach Nummer 1 der VV zu § 4 Abs. 2 BVO ausgeschlossen
25.10	Gasgemischinjektionen, intraarteriell			Nicht beihilfefähig nach Nummer 1 der VV zu § 4 Abs. 2 BVO
25.11	HOT-Behandlung (Hämatogene Oxidationstherapie)			
26	Blutentnahmen			
26.1	Blutentnahme	250	4,20	
26.2	Aderlass	285	14,75	
27	Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren			
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschl. Verband	747	5,90	
27.2	Skarifikation der Haut	A 388	4,69	
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	747	5,91	
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	747	5,91	
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	747	5,91	
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	747	5,91	
27.7	Setzen von Fontanellen	A 746	6,16	
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	A 200	6,03	
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	252	5,36	
27.10	Anwendung von Pustulantien	A 200	6,03	
27.11	Baunscheidtieren			Beihilfefähig bis zu 20,45 Euro
27.12	Biersche Stauung	A 200	6,03	
28	Infiltrationen			
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	267	10,73	
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	268	17,43	
29	Roedersches Verfahren			
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	1498	5,91	
30	Sonstiges			
30.1	Spülung des Ohres	1566	6,03	
30.2	Anwendung der Beutelbegasung für ganze Extremitäten mit Ozon oder Sauerstoff			Soweit nicht nach Nummer 1 der VV zu § 4 Abs. 2 BVO ausgeschlossen
31	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes			
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	2428	10,73	
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	758	10,06	
32	Versorgung einer frischen Wunde			
32.1	bei einer kleinen Wunde	2000	9,38	
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	2003	17,43	
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)			
33.1	Verbände, jedes Mal	200	6,03	
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	201	8,72	
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Anmerkung: Materialien kommen zum Gestehungspreis zur Berechnung.</i>	204	12,74	

34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung			
34.1	Chiropraktische Behandlung	3305	4,96	
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Bei einem mehr als dreimaligen gezielten Eingriff an der Wirbelsäule kann die Leistungsträgerin / der Leistungsträger eine Begründung verlangen.</i>	3306	19,84	
35	Osteopathische Behandlung			
35.1	des Unterkiefers	A 2680	13,41	
35.2	des Schultergelenkes	2217	49,60	
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	A 2211	37,27	
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	2221	14,88	
35.5	des Daumens	2207	19,84	
35.6	einzelner Finger und Zehen	2205	12,47	
36	Hydro- und Elektrotherapie Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen			Beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	532	7,97	
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	531	4,73	
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	A 533	15,74	
36.4	Kneippsche Güsse	A 531	4,83	
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder			Beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
37.1	Teilheißluftbad, z.B. Kopf oder Arm	535	3,46	
37.2	Ganzheißluftbad, z.B. Rumpf oder Beine	536	5,35	
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	A 536	5,35	
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	553	4,83	
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	554	9,55	
38	Spezialpackungen			Beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
38.1	Fangopackungen	530	3,67	
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	530	3,67	
38.3	Paraffinganzpackungen	530	3,67	
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen <i>Anmerkungen: Alle nicht aufgeführten Bäder und Packungen evtl. unter Anwendung verschiedener Apparate werden nach vergleichbaren Positionen berechnet.</i>	530	3,67	
39	Elektro-physikalische Heilmethoden			Beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	560	3,25	
39.2	Ganzbestrahlungen	A 567	9,55	
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	A 551	5,04	

39.5	Anwendung der Influenzmaschine	A 551	5,04	
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	538	4,20	
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	741	10,19	
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	A 548	3,88	
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	548	3,88	
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten			Nicht beihilfefähig nach Nummer 2 der VV zu § 4 Abs. 2 BVO
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	A 551	5,04	
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z.B. Jono-Modulator	551	5,04	
39.13	Ultraschall-Behandlung	539	4,62	

“

MinBl. 2004 S. 132, berichtigt S. 165

Änderung 2005 MinBl. S. 234

Änderung 2006 MinBl. S. 187

Änderung 2009 MinBl. S. 283

Änderung 2010 MinBl. S. 53