

**Gewährung von Beihilfen  
in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen  
– Angemessenheit der von Gesundheits- und  
Medizinalfachberufen in  
Rechnung gestellten Beträge –  
RdErl. d. Finanzministeriums v. 01.04.2009 –  
B 3100 – 3.1.6.1 – IV A 4  
(KABl. 2005 S. 144)**

Für die Beihilfengewährung zu Aufwendungen für Heilbehandlungen, die von den in § 4 Abs. 1 Nr. 9 Satz 3 BVO<sup>1</sup> genannten Behandlern erbracht werden, bitte ich, das als Anlage beigefügte Leistungsverzeichnis für Aufwendungen, die ab 1. April 2009 entstehen, zu Grunde zu legen<sup>2</sup>.

Mein RdErl. v. 21. Februar 2005 (SMBL. NRW. 203204) wird zum 31. März 2009 aufgehoben. Er gilt weiter für Aufwendungen, die vor dem 1. April 2009 entstanden sind - MBL.NRW. 2009 S. 198.

---

<sup>1</sup> Nr. 731.1.

<sup>2</sup> Die in diesem Runderlass verwendeten personenbezogenen Bezeichnungen beziehen sich auf beide Geschlechter.

**Leistungsverzeichnis für ärztlich verordnete Heilbehandlungen  
nach § 4 Abs. 1 Nr. 9 BVO<sup>1</sup>**

**I.**

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro
<b>I. Inhalationen<sup>2</sup></b>		
1	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>		
4	Krankengymnastische Behandlung <sup>3</sup> (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung <sup>3,4</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10

<sup>1</sup> Nr. 731.1.

<sup>2</sup> Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.

<sup>3</sup> Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosesstellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

<sup>4</sup> Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro
6	Krankengymnastische Behandlung <sup>1,2</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen-, je Teilnehmer	6,20
8	Krankengymnastik in einer Gruppe <sup>3</sup> bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
10	Bewegungsübungen <sup>1</sup>	7,70
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen <sup>4</sup> , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50

<sup>1</sup> Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

<sup>2</sup> Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.

<sup>3</sup> Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.

<sup>4</sup> Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro
13	Chirogymnastik <sup>1</sup> – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,40
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie <sup>2,3</sup> , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten je Behandlungstag, soweit die Voraussetzungen des Abschnitts II vorliegen	81,90
15	Gerätegestützte Krankengymnastik <sup>4</sup> (einschließlich MAT oder MTT) Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
16	Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	5,20
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
<b>III. Massagen</b>		
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassagen) <sup>5</sup>	13,80
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder <sup>1</sup>	
	a) Teilbehandlung, 30 Minuten	19,50
	b) Großbehandlung, 45 Minuten	29,20
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten	39,00
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität <sup>6</sup>	8,70

<sup>1</sup> Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden anerkannt werden.

<sup>2</sup> Darf nur bei Durchführung von solchen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassen sind.

<sup>3</sup> Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.

<sup>4</sup> Die Leistungen der Nummern 4-6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

<sup>5</sup> Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

<sup>6</sup> Das notwendige Bindematerial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird.

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneinhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10
<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>		
21	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30
22	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile  – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
	– bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	– bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	Teilpackung	20,50
	Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,90
	c) Kaltpackung (Teilpackung)	
	– Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	7,70
	– Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
	d) Heublumensack, Peloidkompressen	9,20

<b>lfd. Nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>beihilfefähiger Höchstbetrag Euro</b>
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,30
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	20,00
25	a) Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	9,20
	b) Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30
26	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,00
27	a) Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	39,90
28	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
29	Sole-Photo-Therapie – Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung – einschließlich Nachfetten –) und Licht-Öl-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	18,50
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,50
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,50
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	21,00
	d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	18,50
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10
Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter Nrn. 30 Buchstabe a bis c und 31 Buchstabe b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nr. 30 Buchstabe d beihilfefähig.		
<b>V. Kälte- und Wärmebehandlung</b>		
32	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70
33	Eisteilbad	9,80
34	Heißluftbehandlung <sup>1)</sup> oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot-) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
<b>VI. Elektrotherapie</b>		
35	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese –	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39	Iontophorese	6,20
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00
<b>VII. Lichttherapie</b>		
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht <sup>1)</sup>	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43	a) Reizbehandlung <sup>1)</sup> eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10

<sup>1</sup> Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.



lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro
	b) Reizbehandlung <sup>1</sup> mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
<b>VIII. Logopädie</b>		
46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und – besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
	c) Ausführlicher Bericht	11,80
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
<b>IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70

<sup>1</sup> Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro
50	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
52	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70
<b>X. Podologische Therapie<sup>1</sup></b>		
53	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
54	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
55	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
56	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25

<sup>1</sup> Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologinnen und Podologen sind grundsätzlich nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Orthonoxyspangen sind auch außerhalb der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

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

- a) Erste Behandlungseinheiten bis zur Fixierung (Verklebung) der angefertigten Spange (einschließlich Nageluntersuchung, -bearbeitung, Abdruck, Passiv-Spange, Aufsetzen, Abnehmen, Fixierung, Materialkosten): 100 Euro.
- b) Folgebehandlung (Nachregulierungen) je Behandlungseinheit (einschließlich Nagelbearbeitung, Anpassen, Aufsetzen, Fixierung, Materialkosten): 24,50 Euro.
- c) Kontrolluntersuchung: 7,00 Euro.

2. Nagelkorrekturspange ohne Endschlaufen (Klebespange)

- a) Behandlung (einschließlich Nageluntersuchung, -bearbeitung, Fixierung, Materialkosten): 44,50 Euro.
- b) Kontrolluntersuchung: 7,00 Euro.

<b>lfd. Nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>beihilfefähiger Höchstbetrag Euro</b>
57	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
58	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
59	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
60	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nummer 59 beihilfefähig); je Person	3,50
<b>XI. Sonstiges</b>		
61	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
62	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels. Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 61 und 62 nur anteilig je Patient beihilfefähig.	

## II.

<b>2.</b>	<b>Erweiterte ambulante Physiotherapie</b>
Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses – sind nur beihilfefähig, wenn	
2.1	die EAP von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen verordnet wird:
2.1.1	Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

	-	frischem nachgewiesenen Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
	-	nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
	-	instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik,
	-	lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kyphose > 50° nach Copp.
2.1.2	Operation am Skelettsystem	
	–	posttraumatische Osteosynthesen,
	–	Osteotomien der großen Röhrenknochen.
2.1.3	Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit	
	–	Schulterprothesen,
	–	Knieendoprothesen,
	–	Hüftendoprothesen.
2.1.4	Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)	
	–	Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
	–	Schultergelenkläsionen, insbesondere nach operativ versorgter Bankard-Läsion, Rotatorenmanschettenruptur, schwere Schultersteife (frozen sholder), Impingement-Syndrom, Schultergelenkluxation, tendinosis calcarea, periartthritis humeroscapularis (PHS),
	–	Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss.
2.1.5	Amputationen	
2.2	Eine Verlängerung der EAP erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärzten reicht nicht aus.	
	Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.	

2.3	Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
–	Krankengymnastische Einzeltherapie
–	physikalische Therapie nach Bedarf
–	medizinisches Aufbautraining
	und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:
–	Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage
–	Isokinetik
–	Unterwassermassage.
2.4	Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.
2.5	Die in Nr. 2.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.
<b>3.</b>	<b>Medizinisches Aufbautraining (MAT)</b>
Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn	
-	das medizinische Aufbautraining von Krankenhausärzten, von Ärzten der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin, von einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet wird,
-	Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
-	jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird. Die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.
Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt. Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich bei von einem Arzt erbrachten Leistungen nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-Fachen der Einzelsätze der GOÄ beihilfefähig:	

-	Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 GOÄ. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.
-	Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 GOÄ, zuzüglich zusätzlichem Geräte-Sequenztraining analog Nummer 558 GOÄ (je Sitzung) und begleitende krankengymnastische Übungen nach Nummer 506 GOÄ. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
<p>Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 3 BVO erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt I Nummer 15 des Verzeichnisses.</p> <p>Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.</p>	