

Ministerium für Inneres,
ländliche Räume, Integration und Gleichstellung
des Landes Schleswig-Holstein



Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein

Ausgabe Nr. 8

Kiel, 23. Juni 2022

29.4.2022	Gesetz zur Änderung des Jugendförderungsgesetzes und des Kinderschutzgesetzes	616
	Artikel 1 ändert Ges. vom 5. Februar 1992, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. B 864-8	
	Artikel 2 ändert Ges. vom 29. Mai 2008, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 864-81	
3.5.2022	Gesetz zur Änderung des Straßen- und Wegegesetzes des Landes Schleswig-Holstein	622
	Ändert Ges. i.d.F. der Bekanntmachung vom 25. November 2003, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 90-1	
12.5.2022	Gesetz zum Staatsvertrag zur Änderung des Glücksspielstaatsvertrages 2021 – (Zustimmungsgesetz)	626
	GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 2186-28	
8.4.2022	Landesverordnung zu § 3 Absatz 3 des Gesetzes über die Stiftung Schleswig-Holsteinische Landesmuseen	634
	GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 224-12-1	
3.5.2022	Landesverordnung zur Änderung straßenverkehrsrechtlicher Zuständigkeiten	635
	Artikel 1 ändert LVO vom 8. November 2004, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 200-0-353	
	Artikel 2 ändert LVO vom 16. Mai 1997, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 200-0-273	
6.5.2022	Landesverordnung zur Änderung der Kita-Datenbankverordnung.	638
	Ändert LVO vom 6. Januar 2021, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. B 850-1-1	
6.5.2022	Landesverordnung zur Änderung der Hafengebührenverordnung	639
	Ändert LVO vom 22. Oktober 2013, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 753-2-135	
9.5.2022	Landesverordnung zur Änderung der Justizzuständigkeitsverordnung	640
	Ändert LVO vom 15. November 2019, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 300-19-1	
12.5.2022	Landesverordnung zur Änderung der Beihilfeverordnung	641
	Ändert LVO vom 15. November 2016, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 2032-1-17	
12.5.2022	Landesverordnung zur Änderung der Landesverordnung über Laufbahn, Ausbildung und Prüfung der Laufbahngruppe 2, erstes Einstiegsamt, in der Fachrichtung Technische Dienste des Landes Schleswig-Holstein	667
	Ändert LVO vom 13. Januar 2020, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 2030-16-38	
20.5.2022	Bekanntmachung über das Inkrafttreten des Neunten Staatsvertrages zur Änderung medienrechtlicher Vorschriften in Hamburg und Schleswig-Holstein (Neunter Medienänderungsstaatsvertrag HSH – 9. MÄStV HSH)	668
	GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 2254-18-1	
24.5.2022	Landesverordnung zur Bekämpfung des Coronavirus SARS-CoV-2 (Corona-Bekämpfungsverordnung – Corona-BekämpfVO) – unverzügliche Bekanntmachung nach § 60 LVwG –	668
	GS Schl.-H. II, Gl.Nr. B 2126-13-102	

Landesverordnung zur Änderung der Beihilfeverordnung*)

Vom 12. Mai 2022

Aufgrund des § 80 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4 Satz 2 des Landesbeamtengesetzes vom 26. März 2009 (GVOBl. Schl.-H. S. 93, ber. S. 261), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 24. März 2022 (GVOBl. Schl.-H. S. 309), verordnet die Landesregierung:

Artikel 1

Die Beihilfeverordnung vom 15. November 2016 (GVOBl. Schl.-H. S. 863), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 24. März 2022 (GVOBl. Schl.-H. S. 309), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 9 folgende neue Angabe eingefügt:
„§ 9 a Übergangspflege im Krankenhaus“.
 2. In § 2 Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Gesetz“ durch die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes“ ersetzt.
 3. In § 5 Absatz 7 wird folgender Satz 2 angefügt:
„Gleiches gilt, wenn ohne eine Vorauszahlung die medizinische Behandlung nicht durchgeführt werden würde.“
 4. § 6 Absatz 4 wird gestrichen.
 5. In § 7 Absatz 3 wird das Wort „Beihilfeantrag“ durch das Wort „Beleg“ ersetzt.
 6. § 9 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 6 wird die Angabe „Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229)“ durch die Angabe „Artikel 14 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754)“ und die Angabe „Artikel 4 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229)“ durch die Angabe „Artikel 6 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754)“ ersetzt.
 - bb) In Nummer 7 wird nach der Angabe „KR 7“ der Buchstabe „a“ gestrichen.
 - cc) In Nummer 9 wird die Angabe „Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 285)“ durch die Angabe „Artikel 9 des Gesetzes vom 28. Juni 2021 (BGBl. I S. 2250)“ ersetzt.
 - dd) In Nummer 10 wird folgender Buchstabe c) angefügt:
„c) Betten- und Platzfreihaltegebühren, die für Unterbrechungen durch Krankheit der oder des Behandelten erhoben werden, bis zur Höhe von 5,50 € täglich,“
- ee) In Nummer 11 werden die Worte „ist auch der von der Organspenderin oder vom Organspender nachgewiesene“ durch die Worte „sind auch von der Organspenderin oder dem Organspender nachgewiesene Aufwendungen für die Registrierung sowie der“ ersetzt.
 - ff) In Nummer 17 wird die Zahl „20“ durch die Zahl „22“ ersetzt.
 - gg) In Nummer 18 wird nach der Angabe „(§ 92 SGB V)“ der Punkt durch ein Komma ersetzt.
 - hh) Es wird folgende Nummer 19 angefügt:
„19. eine ambulante neuropsychologische Behandlung, wenn sie der Behandlung einer akut erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung dient, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, und durchgeführt wird von Fachärztinnen oder Fachärzten für
 - a) Neurologie,
 - b) Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie,
 - c) Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder
 - d) Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 die zusätzlich zu ihrer Gebietsbezeichnung über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen;
dies gilt auch bei Behandlungen, die durchgeführt werden von
 - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
 - b) ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
 - c) psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder
 - d) Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 wenn diese über neuropsychologische Zusatzqualifikationen verfügen;
je Krankheitsfall sind beihilfefähig:
bis zu fünf probatorischen Sitzungen, sowie
 - a) bei einer Einzelbehandlung, einschließlich gegebenenfalls unter

1) Ändert LVO vom 15. November 2016, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 2032-1-17

Einbeziehung von Bezugspersonen, bis zu 80 Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten oder bis zu 160 Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten,

- b) bei einer Gruppenbehandlung, bei Kindern und Jugendlichen einschließlich gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen, bis zu 40 Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten oder bis zu 80 Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten,
- c) bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen bis zu 80 Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten oder bis zu 160 Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten;

nicht beihilfefähig sind Aufwendungen anlässlich einer Behandlung, wenn

- a) ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung behandelt werden, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (ADS oder ADHS) oder Intelligenzminderung,
- b) es sich um Hirnerkrankungen mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimerstyp, handelt,
- c) die Hirnschädigung oder die Hirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden die Worte „sofern diese nicht wegen einer Pilzinfektion oder bei geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-Nasen-Ohrenbereich medizinisch notwendig sind,“ angefügt.

bb) Nummer 3 wird gestrichen.

cc) Die bisherigen Nummern 4 bis 8 werden die Nummern 3 bis 7.

7. Es wird folgender neuer § 9 a eingefügt:

„§ 9a

Übergangspflege im Krankenhaus

(1) Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, sind Leistungen der Übergangspflege (§ 39e SGB V) in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, beihilfefähig. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassungsmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren.

(2) Im Zusammenhang mit der Übergangspflege berechnete Wahlleistungen (z. B. bessere Unterkunft oder Chefarztbehandlung) sind nicht beihilfefähig.“

8. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Nummer 1 wird die Angabe „in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2682), zuletzt geändert durch Artikel 46 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474)“ durch die Angabe „vom 11. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2682), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2053)“ ersetzt.

b) In Absatz 4 Nummer 1 wird die Angabe „Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Juli 2016 (GVObI. Schl.-H. S. 597)“ durch die Angabe „das Gesetz vom 4. Oktober 2019 (GVObI. Schl.-H. S. 405, ber. S. 534)“ ersetzt.

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Heilkur im Sinne dieser Vorschrift ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem gemäß der Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte zu § 35 Abs. 1 Satz 2 der Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713; ber. 2021 I S. 343), aufgeführten Kurort durchgeführt wird; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein.“

9. § 12 a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Für Aufwendungen bei häuslicher Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB XI) sind entsprechend den Pflegegraden des § 15 SGB XI monatlich höchstens folgende Pauschalen beihilfefähig:

in Pflegegrad 2	724 €,
in Pflegegrad 3	1.363 €,
in Pflegegrad 4	1.693 €,
in Pflegegrad 5	2.095 €.“

- b) In Absatz 4 Satz 4 wird nach der Angabe „806 €“ die Angabe „(50% des Höchstbetrages für Kurzzeitpflege)“ gestrichen.
- c) Absatz 6 Satz 4 wird gestrichen.
10. § 12 b Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „1.612 €“ durch die Angabe „1.774 €“ ersetzt.
- b) In Satz 3 wird die Angabe „3.224 €“ durch die Angabe „3.386 €“ ersetzt.
11. § 12 c wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Es wird folgender Satz 2 eingefügt:
- „Zusätzlich wird ein Leistungszuschlag nach den Maßgaben des § 43c SGB XI zur Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen gewährt.“
- bb) Die bisherigen Sätze 2 bis 5 werden die Sätze 3 bis 6.
- cc) In Satz 6 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 wird nach dem Wort „Verbleiben“ die Worte „bei Personen, die mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft sind,“ eingefügt.
12. § 14 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:
- „5. bei Personen von der Vollendung des 50. Lebensjahres an die Aufwendung für eine

Koloskopie; eine zweite Koloskopie ist frühestens nach zehn Jahren beihilfefähig; alternativ kann von der Vollendung des 50. Lebensjahres an bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres jährlich ein Test auf okkultes Blut im Stuhl als Früherkennungsmaßnahme durchgeführt werden, ab Vollendung des 55. Lebensjahres sind die Aufwendungen für diesen Test alle zwei Jahre beihilfefähig,“

- b) In Nummer 6 wird nach dem Wort „beihilfefähig“ der Punkt durch ein Komma ersetzt.
- c) Es wird eine neue Nummer 7 angefügt:
- „7. bei Personen ab der Vollendung des 65. Lebensjahres einmalig die Aufwendungen für ein Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen.“
13. In § 17 Absatz 3 wird die Angabe „, § 6 Absatz 4“ gestrichen.
14. Die bisherige Anlage 2 (zu § 9 Absatz 1 Nummer 1 BhVO) wird durch die dieser Verordnung beigefügte Anlage 2 (zu § 9 Absatz 1 Nummer 1 BhVO) ersetzt.
15. Die bisherige Anlage 4 (zu § 9 Absatz 1 Nummer 3 BhVO) wird durch die dieser Verordnung beigefügte Anlage 4 (zu § 9 Absatz 1 Nummer 3 BhVO) ersetzt.
16. Anlage 5 (zu § 9 Absatz 1 Nummer 4 BhVO) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
- a) Das Wort „Autositze“ wird durch das Wort „Autokindersitze“ ersetzt.
- b) Nach den Worten „Helfende Hand, Scherenzange“ werden ein Komma und die Worte „Herpestherapiegerät (elektronisch)“ eingefügt.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tage nach ihrer Verkündung in Kraft.

Die vorstehende Verordnung wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel, 12. Mai 2022

Daniel Günther
Ministerpräsident

Monika Heinoold
Finanzministerin

Anlage 2
(zu § 9 Absatz 1 Nummer 1 BhVO)

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

1. Allgemeines

- 1.1 Im Rahmen des § 9 Absatz 1 Nummer 1 und Absatz 3 Nummer 2 BhVO sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 1.4, 1.5, 2 bis 6 beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.
- 1.2 Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.
- 1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 1.5, 2, 3, 4 und 6 schließen sich aus.
- 1.4 Vor einer Inanspruchnahme von ambulanten psychotherapeutischen Leistungen kann als zeitnahe niedrigschwelliger Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch genommen werden. Diese dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen erforderlich werden. Die Sprechstunde kann als Einzelbehandlung bei Erwachsenen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens sechsmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 150 Minuten) durchgeführt werden, bei Kindern und Jugendlichen als Einzelbehandlung in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens zehnmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten).
- 1.5 Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall und bis zu 51 Euro je Therapieeinheit beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Personen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung unter Einbeziehung von Bezugspersonen bis zu 30 Behandlungen beihilfefähig. Soll sich eine Behandlung nach den Nummern 2, 3 oder 6 anschließen, sind die Voraussetzungen der Nummern 2.1, 2.1.1, 3.1, 3.1.1, 6.1 sowie 6.1.1 zu beachten. Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den Nummern 2, 3 oder 6 anzurechnen, hierbei ist zu beachten, dass zwei Therapieeinheiten mit mindestens 25 Minuten als eine Therapiestunde mit mindestens 50 Minuten gelten.

2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

2.1 Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 861 bis 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- bei der Patientin oder dem Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

2.1.1 Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens vier, bei Kindern und Jugendlichen höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

2.2 Indikationen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z.B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
- seelische Behinderung auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),
- seelische Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,

- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

2.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) analytische Psychotherapie bei Erwachsenen
 - Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 160 Stunden, bei Gruppentherapie bis 80 Doppelstunden,
 - Höchstgrenze: bei Einzeltherapie 300 Stunden, bei Gruppentherapie 150 Doppelstunden,
- b) tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen
 - Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 60 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden,
 - Höchstgrenze: bei Einzeltherapie 100 Stunden, bei Gruppentherapie 80 Doppelstunden,
- c) analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Jugendlichen
 - Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 90 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden,
 - Höchstgrenzen: bei Einzeltherapie 180 Stunden, bei Gruppentherapie 90 Doppelstunden,
- d) analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern
 - Bewilligungsschritte: bei Einzeltherapie bis 70 Stunden, bei Gruppentherapie bis 60 Doppelstunden,
 - Höchstgrenzen: bei Einzeltherapie 150 Stunden, bei Gruppentherapie 90 Doppelstunden.

Eine Therapiestunde umfasst mindestens 50 Minuten, eine Doppelstunde mindestens 100 Minuten.

Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme im Rahmen eines vertrauensärztlichen Gutachtens.

- #### 2.3.1 Aufwendungen für eine Kurzzeittherapie sind bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. Sie ist anzeigepflichtig und unterliegt keinem Voranerkennungsverfahren. Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungspflichtige Langzeittherapie anzurechnen. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Kurzzeittherapie kann als Einzeltherapie auch in Einheiten von 25 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.

2.3.2 Bei einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ist die begleitende Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4 beihilfefähig. Abweichungen bedürfen der Begründung. Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder die Jugendliche oder den Jugendlichen abzuziehen.

2.4. Wird die Behandlung durch eine ärztliche Psychotherapeutin oder einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese oder dieser Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. 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, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

2.5 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604), zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018), kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

2.6 Wird die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss sie bzw. er

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut,

die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

- 2.7 Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).
- 2.8 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss sie bzw. er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefen-psychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

- 2.9 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4, 2.5 oder 2.6, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4, 2.5 oder 2.6, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

2.10 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einer Ärztin oder einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

3. Verhaltenstherapie

3.1 Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- bei der Patientin oder dem Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens vier, bei Kindern und Jugendlichen höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

3.1.1 Die Aufwendungen für höchstens vier, bei Kindern und Jugendlichen höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich die Verhaltenstherapie als nicht notwendig erweist.

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
- seelische Behinderung auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),
- seelische Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,

- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen – besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden – erkennen lassen.

3.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

a) Verhaltenstherapie bei Erwachsenen

- Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden,
- Höchstgrenze: 80 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden,

b) Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen

- Bewilligungsschritte: bis 60 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden,
- Höchstgrenze: 80 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.

Eine Therapiestunde umfasst mindestens 50 Minuten, eine Doppelstunde mindestens 100 Minuten.

Voraussetzung für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme im Rahmen eines vertrauensärztlichen Gutachtens.

3.3.1 Aufwendungen für eine Kurzzeittherapie sind bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. Sie ist anzeigepflichtig und unterliegt keinem Voranerkennungsverfahren. Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungspflichtige Langzeittherapie anzurechnen.

3.3.2 Bei einer Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen ist die begleitende Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4 beihilfefähig. Abweichungen bedürfen der Begründung. Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder die Jugendliche oder den Jugendlichen abzuziehen.

3.4 Wird die Behandlung durch eine ärztliche Psychotherapeutin oder einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese oder dieser Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. Ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den

Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

- 3.5 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
- 3.6 Wird die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten bzw. durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss sie bzw. er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
- 3.7 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4, 3.5 oder 3.6, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4, 3.5 oder 3.6, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

- 3.8 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einer Ärztin oder einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

4. Psychosomatische Grundversorgung

Die psychosomatische Grundversorgung umfasst verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und die Anwendung übender und suggestiver Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

4.1 Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:

- bei verbaler Intervention als einzige Leistung fünfzehn Sitzungen,
- bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen,
- bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen einer Ärztin oder eines Arztes beihilfefähig.

4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch Praktische Ärztin oder Praktischer Arzt), Fachärztin oder Facharzt für Augenheilkunde, Fachärztin oder Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fachärztin oder Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin, Fachärztin oder Facharzt für Kinderheilkunde, Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärztin oder Facharzt für Neurologie, Fachärztin oder Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin oder Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder Fachärztin oder Facharzt für Urologie durchgeführt wird.

4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Ärztin oder einem Arzt, einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, soweit diese oder dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.

4.4 Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.

5. Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung (EMDR)

Die Aufwendungen für eine Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung (EMDR) sind bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie beihilfefähig.

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

- a) die entsprechenden Voraussetzungen gemäß den Nummern 2.4 oder 3.4 erfüllen und
- b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

5.2 Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person

- a) die entsprechenden Voraussetzungen gemäß den Nummern 2 oder 3 erfüllen und
- b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

5.3 Wurde die Qualifikation nach Nummer 5.1 oder Nummer 5.2 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.

Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten erworben worden sein.

6. Systemische Therapie

6.1 Aufwendungen für eine systemische Therapie sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die Patientin oder der Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat und
- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen eine systemische Therapie indiziert ist, dient und
- bei der Patientin oder beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen

Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

6.1.1 Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens vier, bei Kindern und Jugendlichen höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

6.2 Indikationen zur Anwendung der systemischen Therapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
- seelische Behinderung auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),
- seelische Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen – besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden – erkennen lassen.

6.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall im folgendem Umfang beihilfefähig:

- Bewilligungsschritte: bei Einzel- und Gruppentherapie bis 36 Stunden
- Höchstgrenze: bei Einzel- und Gruppentherapie bis 48 Stunden.

Eine Therapiestunde umfasst mindestens 50 Minuten, eine Doppelstunde mindestens 100 Minuten.

Voraussetzung für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 6.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme im Rahmen eines vertrauensärztlichen Gutachtens.

6.3.1 Aufwendungen für eine Kurzzeittherapie sind bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. Sie ist anzeigepflichtig und unterliegt keinem Voranerkennungsverfahren. Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungspflichtige Langzeittherapie anzurechnen.

6.4 Leistungen der Systemischen Therapie dürfen 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,
- 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 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 (DÄ 2021, A 1081), abrufbar auf der Internetseite:
<https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>, erfüllt.

6.5 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.

7. Nicht oder nur mit Einschränkungen beihilfefähige Behandlungsverfahren

7.1 Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heileurhythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse, craniosacrale und systemische Hypnotherapie.

7.2 Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nur mit Einschränkungen beihilfefähig:

Katathymes Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

Die Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

Anlage 4
(zu § 9 Absatz 1 Nummer 3 BhVO)

Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel

Abschnitt 1
Leistungsverzeichnis

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
	Inhalation	
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung a) als Einzelinhalation b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.	10,10 4,80 7,50
2	Radon-Inhalation a) im Stollen b) mittels Hauben	14,90 18,20
	Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
4	Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	55,00
5	Krankengymnastik (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	25,70
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten	38,30
7	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert 45 Minuten	47,80
8	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80
9	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,30

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
10	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert 60 Minuten	72,30
11	Krankengymnastik im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,20 19,70 15,60
12	Manuelle Therapie, Richtwert 30 Minuten	29,70
13	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert 20 Minuten	19,00
14	Bewegungsübungen a) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 20 Minuten	11,20 6,90
15	Bewegungsübungen im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,20 19,60 15,60
16	Erweiterte ambulante Physiotherapie ¹⁾ Richtwert 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10
17	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT) ²⁾ , je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen); Richtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	46,20
18	Traktionsbehandlung mit Gerät (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	8,80
	Massagen	
19	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert 20 Minuten b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert 30 Minuten	18,20 21,20
20	Manuelle Lymphdrainage (MLD) a) Teilbehandlung, 30 Minuten b) Großbehandlung, 45 Minuten	29,30 43,90

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein 2022; Ausgabe 23. Juni 2022	Höchstbetrag in €
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	58,50 18,70
21	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 20 Minuten	30,50
	Palliativ Care	
22	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert 60 Minuten	66,00
	Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
23	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
24	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Paraffin, 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 aa) Teilpackung bb) Großpackung	15,60 36,20 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 b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	10,20 20,30
27	Heublumensack, Peloidkompresse	12,10
28	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10
29	Trockenpackung	4,10
30	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 6,10 5,40
31	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20 26,40
32	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	12,10 17,60

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
33	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
34	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	43,30 52,70
35	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	37,90 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 b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	8,80 17,60 24,40 4,10
38	Gashaltiges Bad a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter Nummer 37 Buchstabe a bis c und Nummer 38 Buchstabe b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 37 Buchstabe d beihilfefähig.	25,70 29,70 27,70 24,40 4,10
	Kälte- und Wärmebehandlung	
39	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	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie	12,00
	Elektrotherapie	
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)	
47	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.	108,00
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb des Behandlungsfalls beihilfefähig.	51,70
49	Bericht an die verordnende Person	5,80
50	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	103,40
51	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen a) Richtwert: 30 Minuten b) Richtwert: 45 Minuten c) Richtwert: 60 Minuten d) Richtwert: 90 Minuten Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	46,00 63,20 80,50 103,40
52	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	56,90 34,60 103,40 56,10
	Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
54	Einzelbehandlung	

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein 2022; Ausgabe 23. Juni 2022	Höchstbetrag in €
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	41,80 54,80 72,30 128,20 40,70 54,40 67,70
55	Gruppenbehandlung a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00 20,60 37,90 70,20
56	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	46,20
57	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60
	Podologie³⁾	
58	Podologische Befundung, je Behandlung	3,00
59	Podologische Behandlung (klein), Richtwert 35 Minuten	30,70
60	Podologische Behandlung (groß), Richtwert 50 Minuten	44,00
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrekturspange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell, einschließlich Applikation	64,80
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich	74,80

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
	individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
	Ernährungstherapie/-beratung	
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	67,90
67	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	55,50
68	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – beihilfefähig	55,50
69	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	34,00
70	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	23,80
	Sonstiges	
71	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
72	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 Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 71 und 72 nur anteilig je Patientin oder Patienten beihilfefähig.	

¹⁾ Die Leistungen der Nummern 5 bis 46 sind daneben nicht beihilfefähig.

²⁾ Die Leistungen der Nummern 5 bis 7, 12 und 19 des Leistungsverzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

³⁾ Aufwendungen für medizinische Fußpflege sind nur bei entsprechenden krankheitsbedingten Diagnosen beihilfefähig.

Qualifikationsvoraussetzungen

Die Behandlung muss für Leistungen nach den Nummern

1. 1 bis 46 von

- einer Physiotherapeutin oder einem Physiotherapeuten,
- einer Krankengymnastin oder einem Krankengymnasten,
- einer Masseurin oder einem Masseur oder
- einer Masseurin und medizinischen Bademeisterin oder einem Masseur und medizinischen Bademeister,

2. 47 bis 52 von
 - Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen oder -lehrern der Schule Schlaffhorst-Anderson,
 - einer Logopädin oder einem Logopäden,
 - einer medizinischen Sprachheilpädagogin oder einem medizinischen Sprachheilpädagogen,
 - einer Sprachheilpädagogin oder einem Sprachheilpädagogen (Sprachbehindertenpädagogik),
 - einer Sprachtherapeutin oder einem Sprachtherapeuten mit dem Abschluss Bachelor oder Master of Science,
 - einer klinischen Sprechwissenschaftlerin oder einem klinischen Sprechwissenschaftler,
 - einer klinischen Linguistin oder einem klinischen Linguisten,
 - einer Diplom Patholinguistin oder einem Diplom Patholinguisten,
 - einer Diplom Sprechwissenschaftlerin oder einem Diplom Sprechwissenschaftler,
 - einer Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte oder einem Diplomlehrer für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte,
 - einer Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte oder einem Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte,
 - einer Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte oder einem Diplomerzieher für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte,
 - einer bis 1998 ausgebildeten staatlich anerkannten Sprachtherapeutin oder einem Sprachtherapeuten,

 3. 53 bis 57 von
 - einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten oder
 - einer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten,

 4. 58 bis 65 von
 - einer Podologin oder einem Podologen,
 - einer medizinischen Fußpflegerin oder einem medizinischen Fußpfleger,

 5. 66 bis 70 von
 - einer Diätassistentin oder einem Diätassistenten,
 - einer Oecotrophologin oder einem Oecotrophologen mit dem Abschluss:
 - a) Diplom (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung),
 - b) Bachelor oder Master of Science oder
 - einer Ernährungswissenschaftlerin oder einem Ernährungswissenschaftler mit dem Abschluss
 - a) Diplom,
 - b) Bachelor oder Master of Science
- durchführt werden.

Abschnitt 2 Erweiterte ambulante Physiotherapie

1. Leistungen im orthopädisch-traumatologischen Bereich der erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) – Nummer 16 des Leistungsverzeichnisses – werden nur auf Grund einer Verordnung von einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt, einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie, einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ und bei Vorliegen der folgenden Indikationen als beihilfefähig anerkannt:
 - a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
 - Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen und/oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
 - lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose $> 50^\circ$ nach Cobb,
 - b) Operation am Skelettsystem
 - posttraumatische Osteosynthesen,
 - Osteotomien der großen Röhrenknochen,
 - c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit
 - Schulterprothesen,
 - Knieendoprothesen,
 - Hüftendoprothesen,
 - Sprunggelenksprothesen,
 - d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschl. Instabilitäten)
 - nach Knie-Operationen,
 - Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
 - Schultergelenkläsionen, insbesondere nach operativ versorgter Bankard-Läsion,
 - Rotatorenmanschettenruptur,
 - schwere Schultersteife (frozen shoulder),
 - Impingement-Syndrom,
 - Schultergelenkluxation,
 - tendinosis calcarea,
 - periathritis humero-scapularis (PHS),
 - Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
 - e) Amputationen.
2. Die Beihilfefähigkeit ist in der Regel auf 20 Behandlungen zu begrenzen.
3. Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach

Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

4. 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.Diese zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 (Leistungsverzeichnis) Nummer 16 abgegolten.
5. Die Patientin oder der Patient muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

Abschnitt 3

Medizinisches Aufbautraining (MAT)/Medizinische Trainingstherapie (MTT)

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes medizinisches Aufbautraining oder eine ärztlich verordnete medizinische Trainingstherapie mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn
 - a) das Training verordnet wird von einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt, einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie, einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,
 - b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen 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 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt.

Nach einem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie sind folgende Leistungen bis zum 2,3 fachen der Einzelsätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ beihilfefähig:

- Einganguntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.
- Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.

- Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressivdynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (z. B. MedXCE- und/oder LE-Therapiemaschinen) analog Nummer 846 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nummer 558 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (je Sitzung), zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nummer 506 GOÄ. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
- Die Ausführungen gelten entsprechend für das Medizinische Aufbautraining.

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

Abschnitt 4

Gerätegestützte Krankengymnastik/Rehabilitationssport

1. Aufwendungen für eine ärztlich verordnete gerätegestützte Krankengymnastik (Krankengymnastik an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten unter Berücksichtigung der Trainingslehre) sind beihilfefähig, sofern die Behandlung durch Angehörige anerkannter Heilhilfsberufe im Sinne des § 9 Absatz 1 Nummer 3 BhVO durchgeführt wird.
2. Als Rehabilitationssport sind nach ärztlicher Verordnung nur Aufwendungen für die Teilnahme an Übungsstunden einer Koronarsportgruppe sowie am Funktionstraining der Rheumaliga beihilfefähig. Aufwendungen für Vereins-, Verbands- oder Mitgliedsbeiträge sind nicht beihilfefähig.