



Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein

Ausgabe Nr. 11

Kiel, 5. September 2024

23.7.2024	Landesverordnung zur Änderung der Verordnung zum Zentralörtlichen System	690
	Ändert LVO vom 5. September 2024, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 230-2-4	
23.7.2024	Landesverordnung zur Änderung der Beihilfeverordnung	691
	Ändert LVO vom 15. November 2016, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 2032-1-17	
6.8.2024	Landesverordnung zur Änderung der Verwaltungsgebührenverordnung	722
	Ändert Allg. Gebührentarif vom 26. September 2018, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 2013-2-58	
19.8.2024	Landesverordnung zur Änderung der Hafenverordnung	722
	Ändert LVO vom 25. November 2014, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 753-2-138	
	Verkündungen im Nachrichtenblatt Schule des Ministeriums für Allgemeine und Berufliche Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein	723

**Landesverordnung
zur Änderung der Verordnung zum Zentralörtlichen System*)
Vom 23. Juli 2024**

Aufgrund des § 24 Absatz 3 des Landesplanungsgesetzes in der Fassung vom 27. Januar 2014 (GVOBl. Schl.-H. S. 8), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Mai 2024 (GVOBl. Schl.-H. S. 405), verordnet die Landesregierung:

Artikel 1

Die Verordnung zum Zentralörtlichen System vom 5. September 2019 (GVOBl. Schl.-H. S. 348) wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach der Angabe „Grömitz,“ wird die Angabe „Großenwiehe,“ eingefügt.
 - b) Nach dem Wort „Wacken“ wird das Komma durch das Wort „und“ ersetzt.
 - c) Nach der Angabe „Wankendorf“ werden die Wörter „und Wesselburen“ gestrichen.
2. In § 2 wird nach der Angabe „Uetersen,“ die Angabe „Wesselburen,“ eingefügt.
3. In § 6 Absatz 2 wird nach der Bezeichnung „Rattekau,“ die Bezeichnung „Rellingen,“ eingefügt.
4. In § 8 Absatz 2 wird die Angabe „29. September 2024“ durch die Angabe „29. September 2029“ ersetzt.
5. Die Anlage zu § 7 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Zeile mit der Gemeindekennziffer 01053047 wird wie folgt gefasst:

Gemeindekennziffer	Gemeinde-name	Nahbereich	Mittelbereich
„01053047	Gülzow	Geesthacht	Geesthacht“

Die vorstehende Verordnung wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel, 23. Juli 2024

D a n i e l G ü n t h e r
Ministerpräsident

- b) Die Zeile mit der Gemeindekennziffer 01053072 wird wie folgt gefasst:

Gemeindekennziffer	Gemeinde-name	Nahbereich	Mittelbereich
„01053072	Kröppelshagen-Fahrendorf	Reinbek/Glinde/Wentorf bei Ham-burg	Reinbek/Glinde/Wentorf bei Ham-burg“

- c) Die Zeile zu Gemeindekennziffer 01059101 wird gestrichen.
- d) Die Zeile mit der Gemeindekennziffer 01059115 wird wie folgt gefasst:

Gemeindekennziffer	Gemeinde-name	Nahbereich	Mittelbereich
„01059115	Großenwiehe	Großenwiehe	Flensburg“

- e) Die Zeile zu Gemeindekennziffer 01059141 wird gestrichen.
- f) Die Zeile mit der Gemeindekennziffer 01059179 wird wie folgt gefasst:

Gemeindekennziffer	Gemeinde-name	Nahbereich	Mittelbereich
„01059179	Lindewitt	Großenwiehe	Flensburg“

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 29. September 2024 in Kraft.

D r . S a b i n e S ü t t e r l i n – W a a c k
Ministerin
für Inneres, Kommunales, Wohnen und Sport

*) Ändert LVO vom 5. September 2019, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 230-2-4

Landesverordnung zur Änderung der Beihilfeverordnung^{*)}

Vom 23. Juli 2024

Aufgrund des § 80 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4 Satz 2 des Landesbeamtengesetzes vom 26. März 2009 (GVObI. Schl.-H. S. 93, ber. S. 261), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 13. Dezember 2023 (GVObI. Schl.-H. S. 634), verordnet die Landesregierung:

Artikel 1

Die Beihilfeverordnung vom 15. November 2016 (GVObI. Schl.-H. S. 863), zuletzt geändert durch Verordnung vom 12. Mai 2022 (GVObI. Schl.-H. S. 641), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) In der Angabe zu § 6 werden die Wörter „Bemessung der Beihilfen“ durch die Wörter „Grundsatz der Beihilfefähigkeit“ ersetzt.
 - b) In der Angabe zu § 7 werden die Wörter „Begrenzung der Beihilfen“ durch die Wörter „Bemessung der Beihilfen“ ersetzt.
 - c) Die Angabe zu § 8 wird wie folgt geändert:
 - aa) § 8 wird nach § 7 in Abschnitt 3 zugeordnet.
 - bb) Die Wörter „Grundsatz der Beihilfefähigkeit“ werden durch die Wörter „Begrenzung der Beihilfen“ ersetzt.
2. § 3 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.“
3. § 5 Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - a) Es folgender Satz 1 eingefügt:
„Aufwendungen für Heilkuren und dauernde Pflegebedürftigkeit können gesondert von den Aufwendungen für Krankheit abgerechnet werden.“
 - b) Die bisherigen Sätze 1 und 2 werden die Sätze 2 und 3.
4. § 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 6

Grundsatz der Beihilfefähigkeit

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Leistungen beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte, für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr,

die den Schwellenwert des Gebührenrahmens, bei zahnärztlichen Leistungen den 2,3-fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661), nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Aufwendungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe der in der Anlage 1 bestimmten Höchstbeträge. Über die Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann dazu Gutachten einer Amts- oder Vertrauensärztin oder eines Amts- oder Vertrauensarztes einholen. Aufwendungen für ärztliche Leistungen, auch wenn diese pauschaliert in Rechnung gestellt werden, gelten als angemessen, wenn diese aufgrund Vereinbarungen gesetzlicher Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) oder aufgrund von Verträgen zwischen Unternehmen privater Krankenkassen und Leistungserbringern erbracht werden, wenn dadurch Kosten für die Beihilfe eingespart werden. Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in der Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, wenn dazu Verträge zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V bestehen.

(2) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht und bei Aufwendungen für eine Angehörige oder einen Angehörigen diese oder dieser berücksichtigungsfähig ist. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitraum als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(3) Nicht beihilfefähig sind

1. Wahlleistungen,
2. Sach- und Dienstleistungen einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger; als Sach- und Dienstleistungen gelten auch Kostenerstattungen bei kieferorthopädischer Behandlung sowie Aufwendungen, die darauf beruhen, dass die oder der Versicherte die bei der Behandlerin oder dem Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat;

dies gilt nicht für

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

- a) Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe - (SGB XII), wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind;
- b) berücksichtigungsfähige Kinder (§ 3 Absatz 1 Nummer 2) der oder des Beihilfeberechtigten, die in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versichert sind,
3. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, Kostenanteile, Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung,
4. Aufwendungen für Beamtinnen und Beamte, denen nach Maßgabe der §§ 112, 113 des Landesbeamtengesetzes Heilfürsorge zusteht,
5. Aufwendungen für Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die nach Maßgabe des § 80a des Landesbeamtengesetzes einen Zuschuss zur Krankenversicherung erhalten; hiervon ausgenommen sind beihilfefähige Aufwendungen bei Pflegebedürftigkeit,
6. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Absatz 4 SGB V verlangt wird,
7. Selbstbehalte bei Kostenerstattung nach den §§ 13 und 53 SGB V,
8. Aufwendungen insoweit, als Schadensersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind; dies gilt nicht, soweit die Aufwendungen auf einem Ereignis beruhen, das nach § 52 des Landesbeamtengesetzes zum Übergang des gesetzlichen Schadensersatzanspruches auf den Dienstherrn führt.“
5. § 7 wird wie folgt gefasst:
- „§ 7
Bemessung der Beihilfen
- (1) Die Beihilfe bemisst sich nach einem Prozentsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für
1. die oder den Beihilfeberechtigten nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 50 %,
 2. die Empfängerin oder den Empfänger von Versorgungsbezügen, die oder der als solche oder solcher beihilfeberechtigt ist 70 %,
 3. die Ehegattin oder den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin oder den eingetragenen Lebenspartner 70 %,
 4. ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist 80 %,
 5. die Mutter eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten (§ 3 Absatz 1 Nummer 2 Halbsatz 2) 70 %.
- Sind zwei oder mehr Kinder im Sinne des § 3 Absatz 1 Nummer 2 berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die Ehegattin oder den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin oder den eingetragenen Lebenspartner 90 %, für beihilfefähige Aufwendungen bei Pflegebedürftigkeit 70 %.
- Sind drei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für alle berücksichtigungsfähigen Kinder im Sinne des § 3 Absatz 1 Nummer 2 für beihilfefähige Aufwendungen bei Pflegebedürftigkeit 80 %.
- Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig im Sinne des § 3 Absatz 1 Nummer 2, beträgt der Bemessungssatz für die oder den Beihilfeberechtigten nach Satz 2 Nummer 1 70 %.
- Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einer oder einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 %;
- die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. Satz 6 ist nicht anzuwenden, wenn einer oder einem Beihilfeberechtigten bereits aus anderen Gründen ein Bemessungssatz von 70 % zusteht. Satz 2 Nummer 1 gilt auch für die entpflichtete Hochschullehrerin oder den entpflichteten Hochschullehrer, der oder dem aufgrund einer weiteren Beihilfeberechtigung nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, die jedoch gemäß § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nachrangig ist, ein Bemessungssatz von 70 % zustehen würde.
- (2) Für die Anwendung des Absatzes 1 gelten die Aufwendungen
1. nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 als Aufwendungen der jüngsten verbleibenden Person,
 2. einer Begleitperson als Aufwendungen der oder des Begleiteten,
 3. nach § 15 Nummer 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,
 4. nach § 15 Nummer 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter,
 5. nach § 9 Absatz 1 Nummer 13 als Aufwendungen der oder des Beihilfeberechtigten; Kosten, die einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen zuzuordnen sind, gelten als ihre oder seine Kosten,
 6. nach § 9 Absatz 1 Nummer 11 als Aufwendungen der Organempfängerin oder des Organempfängers.

(3) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 %, jedoch höchstens auf 90 %. Satz 1 gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) erfüllt.“

6. § 8 wird nach § 7 in Abschnitt 3 eingefügt und erhält folgende Fassung:

„§ 8

Begrenzung der Beihilfen

(1) Dem Grunde nach beihilfefähig sind die beihilferechtlich zu berücksichtigenden Aufwendungen ohne Einschränkungen und Begrenzungen. Die Versicherungsleistungen sind nachzuweisen. Bei Versicherung nach einem Prozentsatz genügt der Nachweis des Versicherungsscheines.

(2) Die errechnete Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen; die Begrenzung der Beihilfe erfolgt je Beleg. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (SGB XI) dienen, unberücksichtigt.

(3) Bei Ansprüchen auf Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sowie bei in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen sind vor Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Von den Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen sind 65 % (ab 01.11.2024 60 %) als gewährte Leistung von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen.

(4) Aufwendungen für Leistungen innerhalb der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 6 Absatz 1 Satz 2 ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Ohne Beschränkung auf die Höhe der im Inland

beihilfefähigen Aufwendungen sind außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen beihilfefähig, wenn

1. sie während einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zu einer Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,
 2. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist; die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist; in begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen,
 3. für aus Anlass einer Heilkur außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen ein Gutachten einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes darüber vorgelegt wird, dass die Heilkur wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten außerhalb der Europäischen Union dringend notwendig ist, oder
 4. im Rahmen einer Notfallversorgung im Ausland für die behandelte Person keine Möglichkeit bestand, für die erbrachten medizinischen notwendigen Leistungen eine kostengünstigere inländische Behandlung in Anspruch zu nehmen.“
7. § 9 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 3 werden nach den Wörtern „verbrauchten Stoffe“ die Wörter „sowie die bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung aus dem Indikationsspektrum der Psychotherapie-Richtlinie oder der neuropsychologischen Therapie von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordneten ergotherapeutischen Leistung“ eingefügt.
 - bb) Nummer 6 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Die Angabe „Artikel 14 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754)“ wird durch die Angabe „Artikel 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793, 2812)“ ersetzt.
 - bbb) Die Angabe „Artikel 6 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754)“ wird durch die Angabe „Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197)“ ersetzt.

- ccc) Nach den Wörtern „vorstehend genannten entsprechen“ werden ein Semikolon und die Wörter „Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson können außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 13,00 € täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach einer amts- oder vertrauensärztlichen Feststellung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner stationären Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist“ eingefügt.
- cc) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:
- „6a. eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V,“
- dd) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 7a eingefügt:
- „7a. eine außerklinische Intensivpflege entsprechend § 37c SGB V, wenn die Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wurde,“
- ee) Die bisherige Nummer 7a wird die Nummer 7b.
- ff) In Nummer 15 werden nach dem Wort „Komplextherapie“ die Wörter „(einschließlich Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke im Sinne des § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V)“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
- „(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
1. eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode,
 2. Heil- und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis,
 3. Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, hierunter fallen
 - a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
 - b) Mund- und Rachentherapeutika, sofern diese nicht wegen einer Pilzinfektion oder bei geschwürigen Erkrankungen
- der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-Nasen-Ohrenbereich medizinisch notwendig sind,
- c) Arzneimittel gegen Reisekrankheit,
4. unwirtschaftliche Arzneimittel,
 5. Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
 6. Nahrungsergänzungsmittel, Geriatrika und Stärkungsmittel,
 7. Arznei- und Hilfsmittel zur Behandlung einer sexuellen Dysfunktion; die Beihilfefähigkeit von ärztlich verordneten Arznei- und Hilfsmitteln ist nur dann zu bejahen, wenn die sexuelle Dysfunktion Folge einer behandlungsbedürftigen Krankheit ist (also insbesondere einer Arteriosklerose, eines Diabetes mellitus, einer ausgedehnten Operation im kleinen Becken (Tumor) oder nach einer Querschnittslähmung, etc.),
 8. Präparate zur Behandlung von Haarausfall.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
- „(3) Die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
1. für bestimmte ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen,
 2. für die in Absatz 1 Nummer 3 bezeichneten Heilmittel begrenzen.“
8. § 10 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 1 werden die Wörter „nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten“ gestrichen.
 - bb) In Nummer 2 wird das Wort „vier“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 werden die Wörter „nach dem Gutachten der Amts- oder Vertrauensärztin oder des Amts- oder Vertrauensarztes“ gestrichen.
9. § 11 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 3 Nummer 1 werden die Wörter „nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten“ gestrichen.
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 1 wird die Angabe „das Gesetz vom 4. Oktober 2019 (GVOBl. Schl.-H. S. 405, ber. S. 534)“ durch die Angabe „Artikel 2 des Gesetzes von 3. Mai 2022 (GVOBl. Schl.-H. S. 551, 556), Ressortbezeichnungen zuletzt ersetzt durch Artikel 62 der Verordnung vom 27. Oktober 2023 (GVOBl. Schl.-H. S. 514, 528),“ ersetzt.

- bb) In Nummer 2 werden die Wörter „nach dem Gutachten der Amts- oder Vertrauensärztin oder des Amts- oder Vertrauensarztes“ gestrichen.
10. In § 12 Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „§ 6“ ersetzt durch die Angabe „§ 7“.
11. § 12a 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 | 761 €, |
| in Pflegegrad 3 | 1.432 €, |
| in Pflegegrad 4 | 1.778 €, |
| in Pflegegrad 5 | 2.200 €.“ |
- b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Bei häuslicher Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) sind entsprechend den Pflegegraden des § 15 SGB XI monatlich höchstens folgende Pauschalen beihilfefähig:
- | | |
|-----------------|---------|
| in Pflegegrad 2 | 332 €, |
| in Pflegegrad 3 | 573 €, |
| in Pflegegrad 4 | 765 €, |
| in Pflegegrad 5 | 947 €.“ |
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Absatz 4 wird folgender Satz 6 eingefügt:
- „Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, die eine oder einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 betreut, die oder der das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, steht ein gemeinsamer Jahresbetrag aus Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Höhe von insgesamt 3.386 € je Kalenderjahr zur Verfügung.“
- bb) Die bisherigen Sätze 6 und 7 werden die Sätze 7 und 8.
- d) In Absatz 5 Satz 4 werden nach den Wörtern „sechs Wochen“ ein Komma und die Wörter „in den Fällen des Absatzes 4 Satz 6 für bis zu acht Wochen“ und daran anschließend ein Komma eingefügt.
12. § 12c wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 wird die Angabe „1.400“ durch die Angabe „1.600“ ersetzt.
- bb) In Satz 6 wird die Angabe „§ 6“ durch die Angabe „§ 7“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „§ 6“ durch die Angabe „§ 7“ ersetzt.
13. In § 12d Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „bewilligt hat“ ein Semikolon und die Wörter „zertifizierte digitale Pflegeanwendungen sind bis zu einer Höhe von 50 € beihilfefähig“ eingefügt.
14. § 14 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 4 wird gestrichen.
- b) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 4.
15. In § 16 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „(§ 8 Absatz 2)“ durch die Angabe „(§ 6 Absatz 2)“ ersetzt.
16. In Anlage 1 wird die Angabe „(zu § 8 Absatz 1 Satz 3 BhVO)“ ersetzt durch die Angabe „(zu § 6 Absatz 1 Satz 3 BhVO)“.
17. Anlage 2 (zu § 9 Absatz 1 Nummer 1 BhVO) wird durch Anlage 2 aus dem Anhang 1 zu dieser Verordnung ersetzt.
18. In Anlage 3 (zu § 9 Absatz 1 Nummer 1 BhVO) wird in Nummer 1 das Wort „Gesetz“ durch das Wort „Verordnung“ ersetzt.
19. Anlage 4 (zu § 9 Absatz 1 Nummer 3 BhVO) wird durch Anlage 4 aus dem Anhang 2 zu dieser Verordnung ersetzt.
20. Anlage 5 (zu § 9 Absatz 1 Nummer 4 BhVO) wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach den Wörtern „Elektrostimulationsgerät (z.B. Defibrillatorweste“ werden ein Komma und die Angabe „Exopulse Mollii Suit Ganzkörperanzug, CEFALY“ eingefügt.
- bb) Nach den Wörtern „Körperersatzstücke einschl. Zubehör“ wird die Angabe „(z.B. Prothesen-BH, Prothesen-Badeanzug, Schwimmbrustprothese)“ eingefügt.
- cc) Die Wörter „Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlicher pädaudiologischer Diagnostik bei Bestehen einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung auch eine Einschränkung des Sprachverständnisses im Störschall besteht“ werden durch die Wörter „Übertragungsanlagen, wenn Bedarf nach differenzierter fachärztlicher pädaudiologischer Diagnostik besteht“ ersetzt.
- b) Nummer 7 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Angabe „(§ 8 Absatz 1)“ wird durch die Angabe „(§ 6 Absatz 1)“ ersetzt.
- bb) Unter den Wörtern „Elektronisches Notizbuch“ wird die Angabe „Encasings (Bezüge für Matratzen, Bettdecken und

Kissen, die den Kontakt zwischen Hausstaubmilbenkot und Allergiker verhindern beziehungsweise vermindern sollen)“ eingefügt.

c) Nummer 9.1 wird wie folgt gefasst:

„9.1 Voraussetzungen für die Beschaffung von Sehhilfen

Voraussetzung für die Beschaffung einer Brille (Nummer 9.2) oder von Kontaktlinsen (Nummer 9.3) ist die schriftliche Verordnung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Augenheilkunde oder die Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin oder eines Augenoptikers.“

Die vorstehende Verordnung wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel, 23. Juli 2024

D a n i e l G ü n t h e r
Ministerpräsident

d) In Nummer 9.2 werden vor dem Satz „Je Brille sind für eine Fassung 60,00 € beihilfefähig.“ folgende Sätze eingefügt: „Bei Vorliegen einer progressiven Myopie bei Kindern ist für Defocus Incorporated Multiple Segments-Brillengläser (D.I.M.S.-Gläser) ein Zuschlag in Höhe von 40,00 € je Glas beihilfefähig, wenn der progressive Verlauf in einem Zeitraum von drei Jahren nachweisbar ist. Die Gläser gelten als Einstärkengläser.“

Artikel 2

Artikel 1 Nummer 11 und Nummer 12 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa treten mit Wirkung vom 1. Januar 2024 in Kraft. Im Übrigen tritt diese Verordnung am Tage nach ihrer Verkündung in Kraft.

M o n i k a H e i n o l d
Finanzministerin

Anhang 1 zu Artikel 1 Nummer 15

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 zeitnaher 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 vier, bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres höchstens sechs probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind.

2.1.1 Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens vier, bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres höchstens sechs 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.

2.3.1 Aufwendungen für eine Kurzzeittherapie sind bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. 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 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 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 bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres höchstens sechs probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind.

3.1.1 Die Aufwendungen für höchstens vier, bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres höchstens sechs 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 Traumata),
- 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.

- 3.3.1 Aufwendungen für eine Kurzzeittherapie sind bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. 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 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 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, analytischen Psychotherapie oder Systemischen Therapie 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 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 vier, bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres höchstens sechs probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind.

6.1.1 Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens vier, bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres höchstens sechs probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist. Die probatorischen Sitzungen können auch im Mehrpersonensetting stattfinden.

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:

a) systemische Therapie bei Erwachsenen:

- Bewilligungsschritte: bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
- Höchstgrenze: 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

b) systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen:

- Bewilligungsschritte: bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
- Höchstgrenze: 48 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 6.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

6.3.1 Aufwendungen für eine Kurzzeittherapie sind bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. 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 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 sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten 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 Psychotherapievereinbarung 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) Kinder- und Jugendpsychiatrie und- psychotherapie,
c) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
d) 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.

Anhang 2 zu Artikel 1 Nummer 17

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.	11,60 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
3.1	Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50
4	Krankengymnastik (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	27,80
4.1	Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) bei ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung	27,80
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten	44,20
5.1	Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) bei nach Abschluss der Hirnreife erworbener ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung	44,20

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert 45 Minuten	55,20
6.1	Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) bei angeborener oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbener ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung	55,20
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	12,50
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	15,60
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert 60 Minuten	83,50
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,80
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	22,70
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert 25 Minuten	33,40
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert 20 Minuten	19,20
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	12,90
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 20 Minuten	8,00
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,80
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	22,70
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie Richtwert 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen);	52,40

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
	Richtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	8,80
	Massagen	
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perio-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert 20 Minuten	20,30
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert 30 Minuten	24,40
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, 30 Minuten	33,80
	b) Großbehandlung, 45 Minuten	50,60
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten	67,50
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	21,50
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 20 Minuten	31,70
	Palliativ Care	
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert 60 Minuten	66,00
	Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
23	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	36,20
	bb) Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
26	Heublumensack, Peloidkompresse	12,10
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 6,10 5,40
30	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
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	12,10 17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	43,30 52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	37,90 43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad – einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	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
37	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	26,10 30,20 27,70 24,40 4,10
38	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 36 Buchstabe a bis c und Nummer 37 Buchstabe b jeweils angegebenen bei-	

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
	hilfefähigen Höchstbeträge um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.	
	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	13,80
	Elektrotherapie	
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	17,60
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.	111,20
47.1	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.	55,60
47.2	Bericht an die verordnende Person	6,20
47.3	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
48	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen a) Richtwert: 30 Minuten b) Richtwert: 45 Minuten c) Richtwert: 60 Minuten	49,40 68,00 86,50

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
	d) <i>Richtwert: 90 Minuten¹</i> Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	103,40
49	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, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	61,20 34,60 111,20 56,10
	Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
51	Einzelbehandlung 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) <i>bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungsprobung, Richtwert: 120 Minuten²</i> e) <i>als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall²</i> aa) <i>bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit</i> aaa) <i>bei motorisch-funktionellen Störungen</i> bbb) <i>bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen</i>	45,20 60,90 76,20 128,20 40,70 54,40

¹ Die Nummer 48d) ist in der aktuellen Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V nicht mehr enthalten und wird daher in dieser Form voraussichtlich nicht mehr abgerechnet.

² Die Nummer 51d) und e) sind in der aktuellen Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V nicht mehr enthalten und werden daher in dieser Form voraussichtlich nicht mehr abgerechnet. Nummer 51f) ersetzt Nummer 51e).

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
	<p><i>bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen</i></p> <p>f) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfelds, einmal pro Behandlungsfall</p> <p>aa) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten</p> <p>bb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 120 Minuten</p> <p>cc) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten</p>	<p>67,70</p> <p>135,60</p> <p>182,60</p> <p>152,40</p>
51.1	<p>Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)</p> <p>a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert 30 Minuten</p> <p>b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert 45 Minuten</p> <p>c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert 60 Minuten</p>	<p>35,90</p> <p>48,70</p> <p>60,30</p>
52	<p>Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)</p> <p>a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p> <p>b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p> <p>c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p>	<p>16,50</p> <p>21,40</p> <p>39,30</p>
53	<p>Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten</p>	<p>50,10</p>
53.1	<p>Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfelds einmal pro Behandlungsfall, Richtwert 120 Minuten</p>	<p>152,40</p>
53.2	<p>Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert 30 Minuten</p>	<p>39,40</p>
54	<p>Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten</p>	<p>21,40</p>
	<p>Podologie</p>	
55	<p>Podologische Befundung, je Behandlung</p>	<p>3,40</p>
56	<p>Podologische Behandlung (klein), Richtwert 35 Minuten</p>	<p>34,20</p>
57	<p>Podologische Behandlung (groß), Richtwert 50 Minuten</p>	<p>49,20</p>
58	<p>Erstbefundung</p> <p>a) klein</p> <p>b) groß</p>	<p>27,20</p> <p>54,50</p>
59	<p>Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Faser</p>	<p>96,40</p>

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
60	Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Faser	52,80
61	Nachregulierung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Faser	48,30
62	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
63	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
64	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
65	Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
	Ernährungstherapie/-beratung	
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	77,40
66.1	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert 60 Minuten; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – beihilfefähig	63,40
66.2	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – beihilfefähig	63,40
66.3	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert 30 Minuten, einmal je Behandlungsfall	38,70
67	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	38,70
67.1	Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	77,40
68	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	27,10
	Sonstiges	
69	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
69.1	Ärztlich verordneter Hausbesuch, einschließlich der Fahrtkosten, pauschal	22,40
69.2	Besuch eines oder mehrerer Patientinnen und Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, pauschal	14,60
70	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	

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in €
71	Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 69, 69.1 und 70 nur anteilig je Patientin oder Patienten beihilfefähig.	
72	Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,30

- Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.
- Die Leistungen der Nummern 4 bis 46 sind neben der Nummer 15 nicht beihilfefähig.
- Die Leistungen der Nummern 4 bis 6, 11 und 18 des Leistungsverzeichnisses sind neben der Nummer 16 nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- 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. 4.1, 5.1 sowie 6.1 von
 - einer Person, die eine Zusatzausbildung für Therapeutisches Reiten abgeleistet hat,
3. 47 bis 49 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,
4. 50 bis 54 von
- einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten oder
 - einer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten,
5. 55 bis 65.5 von
- einer Podologin oder einem Podologen,
 - einer medizinischen Fußpflegerin oder einem medizinischen Fußpfleger,
6. 66 bis 68 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 Ernährungswissenschaftlerinnen 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° 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 2,3fachen der Ein-fachsätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ beihilfefähig:

- Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich bio-mechanischer 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 progressiv-dynamischem 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 des Gebührenverzeichnisses der 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/Rehabilitationsbegleitende Heilmittel

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.
3. Aus Anlass einer Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung sind nach ärztlicher Verordnung Aufwendungen für folgende therapeutisch begleitete Heilmittel beihilfefähig: Mindfulness Based Stress Reduktion (MBSR) sowie die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen.

**Landesverordnung
zur Änderung der Verwaltungsgebührenverordnung*)
Vom 6. August 2024**

Aufgrund des § 2 des Verwaltungskostengesetzes des Landes Schleswig-Holstein vom 17. Januar 1974 (GVOBl. Schl.-H. S. 37), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 6. Dezember 2022 (GVOBl. Schl.-H. S. 1002, 1003), Ressortbezeichnungen zuletzt ersetzt durch Artikel 64 der Landesverordnung vom 27. Oktober 2023 (GVOBl. Schl.-H. S. 514, 528), in Verbindung mit § 5 Absatz 1 der Verwaltungsgebührenverordnung vom 26. September 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 476), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. Mai 2024 (GVOBl. Schl.-H. S. 464), verordnet das Ministerium für Inneres, Kommunales, Wohnen und Sport:

Artikel 1

Der allgemeine Gebührentarif der Verwaltungsgebührenverordnung vom 26. September 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 476), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. Mai 2024 (GVOBl. Schl.-H. S. 464), wird wie folgt geändert:

1. Die Tarifstelle 16.1.2.1 erhält folgende Fassung:

"16.1.2.1	Erteilung der Erlaubnis	für jedes Erlaubnisjahr 0,13 % des Bruttospielertrages des zweiten Geschäftsjahres mindestens 15 000 €
	Anmerkung zu Tarifstelle 16.1.2.1: Bei der Erteilung der Erlaubnis ist zunächst eine vorläufige Gebühr festzusetzen. Die endgültige Gebühr ist auf der Grundlage des Bruttospielertrages des zweiten Geschäftsjahres zu berechnen. "	

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tage nach ihrer Verkündung in Kraft.

Die vorstehende Verordnung wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel, 6. August 2024

D r . S a b i n e S ü t t e r l i n – W a a c k
Ministerin
für Inneres, Kommunales, Wohnen und Sport

*) Ändert Allg. Gebührentarif vom 26. September 2018, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 2013-2-58

**Landesverordnung
zur Änderung der Hafenverordnung*)
Vom 19. August 2024**

Aufgrund des § 93 Absatz 1, § 99 Absatz 3 Nummer 1 und 2 des Landeswassergesetzes vom 13. November 2019 (GVOBl. Schl.-H. S. 425), zuletzt geändert durch Artikel 3 Nummer 3 des Gesetzes vom 6. Dezember 2022 (GVOBl. Schl.-H. S. 1002, 1003), und § 175 Absatz 1 und Absatz 3 des Lan-

desverwaltungsgesetzes verordnet das Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus:

Artikel 1

Die Hafenverordnung vom 25. November 2014 (GVOBl. Schl.-H. S. 385), zuletzt geändert durch Verordnung vom 21. Februar 2024 (GVOBl. Schl.-H. S. 90), wird wie folgt geändert:

*) Ändert LVO vom 25. November 2014, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 753-2-138

- 1. § 3 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Nummer 4 wird folgende neue Nummer 5 eingefügt:
 - „5. die See-Sportbootverordnung vom 29. August 2002 (BGBl. I S. 3457), zuletzt geändert durch Artikel 3 der Verordnung vom 3. März 2020 (BGBl. I S. 412),“
 - b) Die bisherige Nummer 5 wird die Nummer 6.
- 2. § 16a wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 2 wird gestrichen.
 - bb) Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden die Nummern 2 und 3.
 - b) Absatz 3 wird gestrichen.

- 3. § 34 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a. Nach Nummer 2 wird folgende neue Nummer 3 eingefügt:
 - „3. § 16 Absatz 1 der See-Sportbootverordnung vom 29. August 2002 (BGBl. I S. 3457), zuletzt geändert durch Artikel 3 der Verordnung vom 3. März 2020 (BGBl. I S. 412),“
 - b. Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden die Nummern 4 und 5.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am Tag nach ihrer Verkündung in Kraft. Artikel 1 Nummer 2 tritt am 8. September 2024 in Kraft.

Die vorstehende Verordnung wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel, 19. August 2024

C l a u s R u h e M a d s e n
Minister
für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus

Verkündungen im Nachrichtenblatt Schule des Ministeriums für Allgemeine und Berufliche Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein

Nach § 143 Schulgesetz vom 24. Januar 2007 (GVObI. Schl.-H. S. 39, ber. S. 276), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. März 2024 (GVObI. Schl.-H. S. 178) wird auf folgende im Nachrichtenblatt Schule des Ministeriums für Allgemeine und Berufliche Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein (NBl. MBWFK Schl.-H.) verkündete Landesverordnungen hingewiesen:

Bezeichnung der Verordnung	Verkündet im NBl. MBWFK Schl.-H. Nummer	Seite	Tag des In-Kraft-Tretens
Landesverordnung zur Änderung schulrechtlicher Vorschriften Vom 19. Juni 2024 Artikel 1 ändert LVO vom 21. Juni 2019, GS Schl.-H. II, GI.Nr. 223-9-236 Artikel 2 ändert LVO vom 21. Juni 2019 GS Schl.-H. II, GI.Nr. 223-9-237	6/7/2024	192	17. Juli 2024
Landesverordnung zur Änderung der Pflichtstundenverordnung Vom 18. Juni 2024 Ändert LVO vom 30. April 2014, GS Schl.-H. II, GI.Nr. 223-9-205	6/7/2024	201	30. Juli 2024

Herausgeber:

Ministerium für Inneres, Kommunales, Wohnen und Sport
des Landes Schleswig-Holstein,
Postfach 71 25, 24171 Kiel, Tel. (0431) 9 88-0.

Verlag, fortlaufender Bezug und Einzelverkauf bei:

Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Wolters-Kluwer-Straße 1, 50354 Hürth,
www.wolterskluwer.de,
Kundenservice: Telefon (02233) 3760 7201, Fax (02233) 3760 7202,
E-Mail: info-wkd@wolterskluwer.com

Verkaufsstelle in Kiel:

Brunswiker + Reuter Universitätsbuchhandlung GmbH & Co. KG,
Olshausenstraße 1, 24118 Kiel
Telefon: (0431) 804020, E-Mail: fachbuch@brunswiker.de

Abbestellungen müssen bis spätestens einen Monat vor Ablauf des Halbjahres dort
vorliegen.

Bezugspreis:

Halbj. 44,00 €

Einzelne Ausgaben:

Für die ersten 8 Seiten 1,80 €, für je weitere angefangene
16 Seiten 1,10 € zuzüglich Versandkosten.
Für ggf. beigelegte großformatige Karten werden zuzüglich
zu dem seitenabhängigen Preis 2,30 € erhoben.

Lieferung nur nach schriftlicher oder Telefax-Bestellung bzw. per E-mail oder
durch Abholung.

Preis dieser Ausgabe:

4,00 € zuzüglich Versandkosten.

rewi Druckhaus, Reiner Winters GmbH, Wissen 900

Hinweis: Die vollständigen Fassungen aller geltenden Gesetze
und Verordnungen können im Internet unter [http://
www.schleswig-holstein.de](http://www.schleswig-holstein.de) (→ Landesrecht) abgerufen
werden.

Ministerium für Inneres, Kommunales, Wohnen und Sport
des Landes Schleswig-Holstein
Postfach 71 25 · 24171 Kiel

Postvertriebsstück · C 3232 A
Deutsche Post AG · Entgelt bezahlt