



Aufwendungen für ambulant durchgeführte psychotherapeutische Leistungen u. Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

bestimmen sich nach den §§ 4 a – 4 i BVO sowie der

Anlage 1 zu § 4 BVO

Gültig ab 01.04.2023

§ 4a

Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung

(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie in den Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie sowie für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung sind nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 sowie der §§ 4b bis 4f beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall bis zur Höhe von 51 Euro 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. Ist eine anschließende Behandlung nach den §§ 4c bis 4e beabsichtigt, ist § 4b Absatz 3 zu beachten. Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 4c bis 4e anzurechnen.

(3) Vor einer Behandlung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor Einleitung des Begutachtungsverfahrens erfolgen. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die somatische Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt in einem schriftlichen oder elektronischen Konsiliarbericht bestätigt wird.

(4) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 4a Absatz 2 und 4c bis 4f,
2. Leistungen nach Abschnitt 1 der Anlage 1 zu dieser Verordnung.



§ 4b

Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie

(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie sind beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen und Dysthymie,
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen,
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen oder
8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

(2) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie beihilfefähig bei

1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen
 - a) durch psychotrope Substanzen; im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder voraussichtlich innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
 - b) durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
2. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
3. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe oder
4. schizophrenen und affektiven psychotischen Störungen.

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach den Abschnitten 2 bis 4 der Anlage 1 erbracht werden. Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine



Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und von mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(3) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) geändert worden ist, abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen nach Absatz 1 dienen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist,

2. nach einer biographischen Analyse oder einer Verhaltensanalyse und nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist und

3. die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat, es sei denn, dass es sich um eine Kurzzeit- oder Gruppentherapie handelt.

Aufwendungen für Maßnahmen nach Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung später als nicht notwendig erwiesen hat.

(4) Das Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist bei einer Gutachterin oder einem Gutachter einzuholen, die oder der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung in der jeweils geltenden auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de) veröffentlichten Fassung bestellt worden ist.

(5) Haben Personen, die nach § 1 Absatz 5 beihilfeberechtigt sind oder bei einer nach § 1 Absatz 5 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, am ausländischen Dienstort keinen persönlichen Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen, sind die Aufwendungen für die folgenden Leistungen auch dann beihilfefähig, wenn die Leistungen telekommunikationsgestützt erbracht werden:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte oder

2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

Bei telekommunikationsgestützter Therapie sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen sind nicht beihilfefähig. Wird



von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder von einer analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie zu einer telekommunikationsgestützten Therapie gewechselt, sind die Aufwendungen für die telekommunikationsgestützte Therapie beihilfefähig, wenn die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit nach Einholung eines Gutachtens zur Notwendigkeit des Wechsels anerkannt hat. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind.

(6) Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung durch die Beihilfestelle im Umfang von bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppentherapie 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 genehmigungspflichtige Therapie nach den §§ 4c bis 4e anzurechnen.

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

§ 4c

Psychoanalytisch begründete Verfahren

(1) Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren mit ihren beiden Behandlungsformen, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie (Nummern 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte), sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
im Ausnahmefall	40 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen



2. analytische Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	160 Sitzungen	80 Sitzungen
im Ausnahmefall	140 weitere Sitzungen	70 weitere Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	90 Sitzungen	60 Sitzungen
im Ausnahmefall	90 weitere Sitzungen	30 weitere Sitzungen

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen
im Ausnahmefall	80 weitere Sitzungen	30 weitere Sitzungen

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend durchgeführten Behandlung. Überwiegt die Einzelbehandlung, so werden zwei als Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzungen als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. Überwiegt die Gruppenbehandlung, so wird eine als Einzelbehandlung durchgeführte Sitzung als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.

(3) In besonderen Ausnahmefällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine über die in Absatz 1 Satz 1 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkannt werden, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.

(4) Aufwendungen für Sitzungen, in die auf Grund einer durch Gutachten belegten medizinischen Notwendigkeit Bezugspersonen einbezogen werden, sind bei Einzelbehandlung bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlung bis zur Hälfte der



bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich beihilfefähig, wenn die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die Sitzungen, in die Bezugspersonen einbezogen werden, in voller Höhe auf die bewilligte Zahl der Sitzungen angerechnet. Satz 2 gilt nicht für die Behandlung von Personen mit einer geistigen Behinderung.

(5) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Aufwendungen für Leistungen einer solchen Kombination sind nur beihilfefähig, wenn sie auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Erstantrags erbracht werden.

(6) Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

§ 4d Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
im Ausnahmefall	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

(2) § 4c Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.

(3) Aufwendungen für eine Rational-Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.



§ 4e

Systemische Therapie

Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind je Krankheitsfall für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in folgendem Umfang, auch im Mehrpersonensetting, beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	36 Sitzungen	36 Sitzungen
im Ausnahmefall	12 weitere Sitzungen	12 weitere Sitzungen

§ 4c Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 4f

Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung im Sinne dieser Verordnung umfasst

1. verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte und
2. Hypnose, autogenes Training und progressive Muskelrelaxation nach Jacobson nach den Nummern 845 bis 847 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

(2) Je Krankheitsfall sind beihilfefähig Aufwendungen für

1. verbale Intervention als Einzelbehandlung mit bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,
2. Hypnose als Einzelbehandlung mit bis zu zwölf Sitzungen sowie
3. autogenes Training und progressive Muskelrelaxation nach Jacobson als Einzel- oder Gruppenbehandlung mit bis zu zwölf Sitzungen, wobei eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung hierbei möglich ist.

Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 sind nicht beihilfefähig, wenn sie zusammen mit Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 in derselben Sitzung entstanden sind. Neben den Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 sind Aufwendungen für somatische ärztliche Untersuchungen und Behandlungen von Krankheiten und deren Auswirkungen beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen



Behandlung sind bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen ist, beihilfefähig.

§ 4g Neuropsychologische Therapie

(1) Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie 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,

zur Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, durchgeführt werden. Satz 1 gilt auch bei Behandlung durch

- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- b) ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- c) psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder
- d) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,

wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie anlässlich der Behandlung von

- a) ausschließlich angeborenen Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (AD(H)S), oder Intelligenzminderung,
- b) Erkrankungen des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimerotyp,



c) schädigenden Ereignissen oder Gehirnerkrankungen mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, die länger als fünf Jahre zurückliegen.

(3) Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

a) bis zu fünf probatorische Sitzungen sowie,

b) Einzelbehandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 25 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert
Regelfall	120 Behandlungseinheiten	60 Behandlungseinheiten
Ausnahmefall	40 weitere Behandlungseinheiten	20 weitere Behandlungseinheiten

und

c) Gruppenbehandlung, bei Kindern und Jugendlichen gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 100 Minuten dauert
80 Behandlungseinheiten	40 Behandlungseinheiten

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist die gesamte Behandlung nach Satz 1 Buchstabe b beihilfefähig.

§ 4h

Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen

(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, teil- oder vollstationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind in Höhe der Beträge beihilfefähig, die eine gesetzliche Krankenkasse mit dem Leistungsanbieter vereinbart hat. Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht.

(2) Aufwendungen für Leistungen psychiatrischer oder psychosomatischer Institutsambulanzen sind entsprechend des § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis zur Höhe der Vergütungen beihilfefähig, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der



Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern vereinbart hat.

(3) Aufwendungen für eine ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren, die die Voraussetzungen des § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, sind beihilfefähig bis zu der Höhe der Vergütung, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern in einer Vereinbarung getroffen hat. Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen einer integrierten Versorgung erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind in Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, die in Verträgen zwischen Leistungserbringern und privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbart wurden oder soweit Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.

(5) Das Ministerium der Finanzen kann Vereinbarungen über Pauschalabrechnungen im Rahmen der integrierten Versorgung mit Kliniken treffen bzw. - soweit diese von privaten Krankenversicherungen geschlossen werden – im Rahmen der Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung für anwendbar erklären.

§ 4i Soziotherapie

(1) Aufwendungen für eine Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie richten sich nach § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der Soziotherapie-Richtlinie vom 22. Januar 2015 (BAnz AT 14. April 2015 B5) in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Kosten, die von den Ortskrankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlt werden.



Anlage 1 Stand: 01.04.2023

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

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

**Abschnitt 1
Psychotherapeutische Leistungen**

1. Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- a) Familientherapie,
- b) Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs,
- c) Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers),
- d) Gestalttherapie,
- e) Körperbezogene Therapie,
- f) Konzentrierte Bewegungstherapie,
- g) Logotherapie,
- h) Musiktherapie,
- i) Psychodrama,
- j) Respiratorisches Biofeedback und
- k) Transaktionsanalyse.

2. Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 4a bis 4f gehören

- a) Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind,
- b) Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung,
- c) Heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen und
- d) psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.



Abschnitt 2

Psychosomatische Grundversorgung

1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt für

- a) Allgemeinmedizin,
- b) Augenheilkunde,
- c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- d) Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- e) Innere Medizin,
- f) Kinder- und Jugendlichenmedizin,
- g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- h) Neurologie,
- i) Phoniatrie und Pädaudiologie,
- j) Psychiatrie und Psychotherapie,
- k) Psychotherapeutische Medizin beziehungsweise Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- l) Urologie.

2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von

- a) einer Ärztin oder einem Arzt,
- b) einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
- c) einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder
- d) einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten.

Die behandelnde Person muss über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Interventionen verfügen.



Abschnitt 3

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

1. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren sowie
- b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

2. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
- b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 6 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarung erfüllt, sowie
- c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

3. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

- a) Psychotherapeutische Medizin,
- b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
- d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tie-



fenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.

4. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in Ausnahmefällen (§ 4c Absatz 1 Nummer 3 und 4) ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird und die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in Ausnahmefällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Voraussetzung für die Anerkennung ist eine Indikation nach § 4b Absatz 1 und 2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

Abschnitt 4 Verhaltenstherapie

1. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren sowie
- b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

2. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
- b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 6 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarung erfüllt, sowie
- c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.



3. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

- a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
- b) Psychiatrie und Psychotherapie,
- c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
- d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten, die keine Fachärztinnen oder Fachärzte sind, können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

Abschnitt 5 **Systemische Therapie**

1. Leistungen der Systemischen Therapie dürfen nur von folgenden Personen erbracht werden:

- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in diesem Verfahren,
- b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und
- c) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4 und einer Zusatzqualifikation für dieses Verfahren, die die Anforderungen des § 6 Absatz 8 der Psychotherapievereinbarung erfüllt.

2. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

- a) Psychiatrie und Psychotherapie,
- b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- c) Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“
mit erfolgreicher Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.



Abschnitt 6

Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

1. Leistungen der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung dürfen nur von folgenden Personen erbracht werden:

a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4 sowie

b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4.

2. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

3. Wurde die Qualifikation nach Nummer 1 oder Nummer 2 bei Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychologischen Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Ausbildung und bei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person

a) in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben und

b) mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt haben.

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

a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder 4 erfüllen sowie

b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.