Zweite allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung

Vom ...

Nach § 145 Absatz 2 des Bundesbeamtengesetzes, der zuletzt durch Artikel 2 Nummer 2 des Gesetzes vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2232) geändert worden ist, erlässt das Bundesministerium des Innern und für Heimat folgende allgemeine Verwaltungsvorschrift:

Artikel 1

Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung

Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung vom 26. Juni 2017 (GMBl S. 530), die zuletzt durch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung vom 25. September 2019 (GMBl S. 1173) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Die Angabe zu § 18a wird wie folgt gefasst:

      „18a zu § 18a – Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie“.

   b) Nach der Angabe zu § 20 wird folgende Angabe eingefügt:

      „20a zu 20a – Systemische Therapie“.

   c) Die Angabe zu § 22 wird wie folgt gefasst:

      „22 zu § 22 – Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte“.

   d) Die Angabe zu § 24 wird wie folgt gefasst:

      „24 zu § 24 – Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen“.

   e) Die Angaben zu den §§ 26 und 26a werden wie folgt gefasst:

      „26 zu § 26 – Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern

      26a zu § 26a – Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern“.

   f) Nach der Angabe zu § 40 wird folgende Angabe eingefügt:

      „40a zu § 40a – Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“.

   g) Die Angabe zu § 43 wird durch die folgenden Angaben ersetzt:

      „43 zu § 43 – Künstliche Befruchtung

      43a zu § 43a – Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch“.

2. Die Nummern 4.1 bis 4.1.2 werden durch folgende Nummer 4.1 ersetzt:

„4.1 **Zu Absatz 1**

(unbesetzt)“.

3. In Nummer 4.2.1 wird in Satz 1 nach den Wörtern „berücksichtigten Kinder“ das Komma gestrichen.

4. Nach Nummer 5.2.2 wird folgende Nummer 5.3 eingefügt:

„5.3 **Zu Absatz 3**

[1]Eine eigene Beihilfeberechtigung schließt Ansprüche als berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 grundsätzlich aus. [2]Bei einer Mitausreise von Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern ist deren eigener Beihilfeanspruch auf § 11 Absatz 1 und 2 begrenzt. [3]Durch Absatz 3 wird berücksichtigungsfähigen Personen nach § 4 Absatz 1, deren Aufwendungen auch nach § 6 Absatz 2 beihilfefähig sind und die die beihilfeberechtigte Person an den Auslanddienstort begleiten, ermöglicht, auf ihren eigenen Beihilfeanspruch zu verzichten und ihre Aufwendungen über die beihilfeberechtigte Person zu beantragen. [4]Bei Nachweis des Verzichtes und Vorliegen der anderen Voraussetzungen erhalten sie Beihilfen nach den besonderen Vorschriften für den Personenkreis des § 3.“

5. Die bisherige Nummer 5.3 wird die Nummer 5.4 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„5.4 **Zu Absatz 4**“.

6. Die bisherige Nummer 5.3.1 wird die Nummer 5.4.1 und in Satz 4 die Angabe „§ 4 Absatz 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

7. Die bisherige Nummer 5.3.2 wird die Nummer 5.4.2.

8. Die bisherige Nummer 5.3.3 wird die Nummer 5.4.3 und in den Sätzen 1 und 2 wird jeweils die Angabe „§ 4 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 2“ ersetzt.

9. Die bisherige Nummer 5.4 wird die Nummer 5.5 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„5.5 **Zu Absatz 5**“.

10. Die bisherige Nummer 5.5 wird die Nummer 5.6 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„5.6 **Zu Absatz 6**“.

11. Nach Nummer 6 werden die folgenden Nummern 6.1, 6.2 und 6.2.1 bis 6.2.3 eingefügt:

„6.1 **Zu Absatz 1**

(unbesetzt)

6.2 **Zu Absatz 2**

6.2.1 [1]Bei der Prüfung des Einkommens berücksichtigungsfähiger Personen nach § 4 Absatz 1 (Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner) wird grundsätzlich auf den Zeitpunkt des Antragseingangs bei der Festsetzungsstelle abstellt, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt die Aufwendungen entstanden sind. [2]Durch das grundsätzliche Abstellen auf den Zeitpunkt der Antragstellung ist eine Verschiebung der Aufwendungen in das Folgejahr möglich. [3]§ 54 Absatz 1 ist zu beachten.

6.2.2 [1]Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben auf dem Steuerbescheid können unkenntlich gemacht werden. [2]Die Festsetzungsstelle kann an Stelle des Steuerbescheides andere Einkommensnachweise fordern oder zulassen, wenn die beihilfeberechtigte Person keinen Steuerbescheid vorlegen kann (z. B. bei Nichtveranlagung) oder der Steuerbescheid nicht alle von § 2 Absatz 3 und 5a des Einkommensteuergesetzes (EStG) erfassten Einkünfte abbildet (z. B. Pauschalsteuer auf Zinseinkünfte).

6.2.3 Die Nichtberücksichtigung bei der Einkommensgrenze gilt dabei nur für den Teil des Einkommens, der durch die berufliche Tätigkeit am ausländischen Dienstort erzielt wird.“

12. Die bisherige Nummer 6.1 wird die Nummer 6.3 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„6.3 **Zu Absatz 3**“.

13. Die bisherigen Nummern 6.1.1 und 6.1.2 werden die Nummern 6.3.1 und 6.3.2.

14. Die bisherige Nummer 6.2 wird die Nummer 6.4 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„6.4 **Zu Absatz 4**“.

15. Die bisherige Nummer 6.3 wird die Nummer 6.5 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„6.5 **Zu Absatz 5**“.

16. Die bisherigen Nummern 6.3.1 bis 6.3.8 werden die Nummern 6.5.1 bis 6.5.8 und der neuen Nummer 6.5.2 wird folgender Satz 6 angefügt:

„[6]Aufwendungen für telemedizinische Leistungen sind beihilfefähig, sofern die Leistungen durch entsprechende Gebührenpositionen in die GOÄ aufgenommen sind und die entstandenen Aufwendungen danach oder bis zu einer Änderung der GOÄ entsprechend § 6 Absatz 2 GOÄ abgerechnet werden; die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer zu telemedizinischen Leistungen sind zu berücksichtigen (**Fehler! Linkreferenz ungültig.** sowie Rundschreiben des BMI vom 5. Januar 2022 – D6-30111/15#5 – [GMBl S. 50])“.

17. In der neuen Nummer 6.5.3 wird Satz 1 wie folgt geändert:

„[1]Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Psychologischer Psychotherapeutinnen, Psychologischer Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach dem Gebührenrahmen der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G der Anlage zur GOÄ aufgeführt sind (§ 1 Absatz 2 der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).“

18. In der neuen Nummer 6.5.6 werden in Satz 4 die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.

19. Die bisherigen Nummern 6.4 und 6.5 werden die Nummern 6.6 und 6.7 und wie folgt gefasst:

„6.6 **Zu Absatz 6**

(unbesetzt)

6.7 **Zu Absatz 7**

(unbesetzt)“.

20. Die bisherige Nummer 6.6 wird Nummer 6.8 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„6.8 **Zu Absatz 8**“.

21. Nummer 8.1 wird wie folgt gefasst:

„8.1 **Zu Absatz 1**

(unbesetzt)“.

22. Nummer 8.3.3 wird wie folgt gefasst:

„8.3.3 [1]Bei der Inanspruchnahme von Leistungen ausländischer Krankenversicherungssysteme gilt die Regelung entsprechend, allerdings ist dabei Voraussetzung, dass die jeweiligen Versicherungssysteme kongruent sind. [2]Ein ausländisches Krankenversicherungssystem kann nur dann zur Anwendung der Ausschlussregelung führen, wenn dieses Krankenversorgungssystem im Wesentlichen denselben Grundsätzen wie die deutsche Krankenversicherung folgt. [3]Es muss also grundsätzlich eine umfassende Krankenversorgung bereitstehen. [4]Leitgedanke bei den beihilferechtlichen Konkurrenz-, Ausschluss- und Anrechnungstatbeständen ist, dass eine Besser-, aber auch eine Schlechterstellung gegenüber anderen Systemen, auch Auslandssystemen, ausgeschlossen werden soll.“

23. Nach Nummer 9.3.3 wird folgende Nummer 9.3.4 eingefügt:

„9.3.4 [1]Mit dieser Ausnahmeregelung wird den besonderen Verhältnissen der Beamtinnen und Beamten im Ausland zur Vermeidung auslandsspezifischer Nachteile Rechnung getragen.

[2]In vielen ausländischen Staaten entsprechen Pflichtversicherungen nicht dem Standard in Deutschland. [3]In solchen Fällen würde § 9 Absatz 3 Satz 3 dazu führen, dass Beihilfeleistungen nicht möglich wären. [4]§ 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 4 verhindert, dass Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner, die im Ausland berufstätig sind, beihilferechtlich benachteiligt werden.“

24. Nach Nummer 10.2.2 wird folgende Nummer 10.2.3 eingefügt:

„10.2.3 [1]Hat das Nachlassgericht eine Nachlasspflegschaft (§ 1960 BGB) angeordnet, kann die Beihilfe auch auf das Konto der nachlasspflegenden Person gezahlt werden. [2]Zu dessen Rechten gehört sowohl das Stellen von Beihilfeanträgen als auch das Entgegennehmen von Beihilfezahlungen.“

25. In Nummer 11.1.3 werden in Satz 2 die Wörter „ist eine kurze Angabe“ durch Wörter „sind kurze Angaben“ und das Wort „über“ durch das Wort „zu“ ersetzt.

26. Nummer 11.1.6 wird wie folgt geändert:

„11.1.6 [1]Aufwendungen für eine Behandlung wegen Neurodermitis oder Psoriasis in einem Heilbad oder Kurort am Toten Meer, das oder der in dem vom BMI durch Rundschreiben bekanntgegebenen Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte nach § 35 Absatz 1 Satz 2 BBhV aufgeführt ist, sind im gleichen Umfang wie Aufwendungen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 beihilfefähig. [2]Voraussetzung ist, dass die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.“

27. Nach Nummer 11.1.6 wird folgende Nummer 11.1.7 eingefügt:

„11.1.7 [1]Ist für eine Vergleichsberechnung zu einer im Ausland erbrachten Leistung in Deutschland keine bundeseinheitliche Gebührenordnung oder kein bundesweit geltender Vergütungsrahmen vorhanden, sind die Vergleichskosten der am inländischen Wohnort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person geltenden landes- oder kommunalrechtlichen Gebührenordnungen, ortsüblichen oder tariflichen Pflegeentgelte bzw. Entgelte der dort befindlichen Pflegeeinrichtungen oder Hospize maßgebend.

[2]Bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen mit ausschließlichem Wohnort im Ausland ist der letzte bekannte existierende inländische Wohnort der Vergleichsberechnung zugrunde zu legen.“

28. In Nummer 15a.1.1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „(vgl. BVerwG, Urteil vom 5. März 2021 – 5 C 8.19 –).“ ersetzt.

29. Die Nummern 18.1 und 18.2 werden wie folgt gefasst:

„18.1 **Zu Absatz 1**

[1]Im Bereich der GKV ist vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung eine sogenannte psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch zu nehmen. [2]Für die Aufwendungen für eine solche Sprechstunde enthält die BBhV keine gesonderte Erstattungsnorm. [3]Im Falle der Abrechnung einer psychotherapeutischen Sprechstunde ist es für die Festsetzungsstellen nicht nachvollziehbar, ob es sich um eine psychotherapeutische Sprechstunde oder um eine probatorische Sitzung handelt. [4]Die Abrechnung erfolgt daher als probatorische Sitzung. [5]Im Übrigen kann die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde durchzuführende diagnostische Abklärung auch innerhalb der probatorischen Sitzung erfolgen.

18.2 **Zu Absatz 2**

[1]Die Akutbehandlung ist mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln auf eine kurzfristige Verbesserung von akuten und schweren psychischen Symptomen der Patientin oder des Patienten ausgerichtet. [2]Nicht notwendigerweise schließt sich an eine Akutbehandlung eine Psychotherapie nach den §§ 19, 20 oder § 20a an. [3]Die Akutbehandlung kann ausreichend sein, um die Probleme der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person soweit zu behandeln, dass keine weiteren psychotherapeutischen Maßnahmen erforderlich sind. [4]Die Akutbehandlung ist grundsätzlich nicht als Überbrückung zur ambulanten Psychotherapie nach §§ 19, 20 oder § 20a gedacht, wobei aber die Möglichkeit besteht, einen

Wechsel von der Akutbehandlung zur ambulanten Psychotherapie nach den §§ 19, 20 oder § 20a vorzunehmen. [5]Auch in diesem Fall ist die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 19 bis 20a anzurechnen."

30. In Nummer 18.3 werden die Wörter „Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten" durch die Wörter „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten" ersetzt und die Angabe „Formblatt 4" wird durch die Angabe „Formblatt 5" ersetzt.

31. Die Überschrift zu Nummer 18a wird wie folgt gefasst:

„18a Zu § 18a – Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie".

32. Nummer 18a.3 wird durch die folgenden Nummern 18a.3 bis 18a.3.2 ersetzt:

„18a.3 **Zu Absatz 3**

18a.3.1 [1]Die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person bereits eine Leistungszusage auf Grund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten ergeben. [2]Entspricht die Leistungszusage nicht dem beihilferechtlich möglichen Umfang oder ist sie ganz versagt worden, kann das beihilferechtliche Voranerkennungsverfahren durchgeführt werden. [3]Ein Voranerkennungsverfahren ist neben dem in Satz 1 genannten Fall nicht erforderlich, sofern die Behandlung wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung ambulant an einer Hochschulambulanz durchgeführt wird. [4]Hierfür ist es ausreichend, dass die Hochschulambulanz das Vorliegen einer in der Vereinbarung nach § 117 Absatz 1 SGB V über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen geregelten Zugangsvoraussetzung bei Rechnungsstellung bestätigt. [5]Leistungen der Psychotherapie, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung auf Grund fachärztlicher Verordnung bzw. Überweisung in einem Krankenhaus oder einer Hochschulambulanz ambulant durchgeführt werden, sind mit einer ambulanten Krankenhausbehandlung vergleichbar. [6]Unabhängig von der Behandlungs- und Anwendungsform ist in diesen Fällen bis zur Höchstzahl des behandlungsformspezifischen Regel-Sitzungskontingents kein Voranerkennungsverfahren erforderlich. [7]Dies gilt nicht für sonstige Ambulanzen (z. B. von Ausbildungsstätten).

18a.3.2 [1]Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie bedürfen bei einer Kurzzeittherapie im Gegensatz zur Langzeittherapie keines vor Beginn der Behandlung vorliegenden Gutachtens zur Feststellung der Notwendigkeit sowie zu Art und Umfang der Behandlung, um als beihilfefähig anerkannt werden zu können. [2]Die behandlungsformspezifischen probatorischen Sitzungen sind auch vor einer Kurzzeittherapie durchzuführen. [3]Beim Wechsel der Kurzzeittherapie in eine genehmigungspflichtige Langzeittherapie sind erneute probatorische Sitzungen nicht beihilfefähig."

33. Nummer 18a.4.2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Arztes," die Wörter „der Psychotherapeutin, des Psychotherapeuten" eingefügt und die Wörter „Formblätter 2 und 3" durch die Wörter „Formblätter 3 und 4" ersetzt.

b) In Satz 4 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „bzw. auf den Pseudonymisierungscode des Erstverfahrens Bezug zu nehmen.“ ersetzt.

c) Folgender Satz 5 wird angefügt:

„[5]Dies gilt nicht für Zweitgutachten.“

34. In Nummer 18a.4.3 werden in Satz 1 die Wörter „Formblätter 1 und 2“ durch die Wörter „Formblätter 1, 2 und 3“ und in Satz 2 die Angabe „Formblatt 3“ durch die Angabe „Formblatt 4“ ersetzt.

35. In Nummer 18a.4.4 wird die Angabe „Formblatt 3“ durch die Angabe „Formblatt 4“ und die Angabe „Formblatt 4“ durch die Angabe „Formblatt 5“ ersetzt.

36. Die Nummern 18a.4.5 und 18a.4.6 werden wie folgt gefasst:

„18a.4.5 Nach Erhalt der Unterlagen holt die Festsetzungsstelle mit dem Formblatt 6 nach Anhang 2 ein Gutachten nach den Formblättern 7.1, 7.2 und 7.3 nach Anhang 2 unter Beifügung der folgenden Unterlagen ein:

- den verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag mit dem Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten,

- das ausgefüllte Formblatt 3 nach Anhang 2 (als Kopie),

- die Formblätter 7.1, 7.2 und 7.3 nach Anhang 2,

- einen an die Festsetzungsstelle adressierten Freiumschlag und

- einen an die Therapeutin oder den Therapeuten adressierten Freiumschlag.

18a.4.6 [1]Die Gutachterin oder der Gutachter übermittelt das Gutachten auf dem Formblatt 7.1 nach Anhang 2 in dem einen Freiumschlag der Festsetzungsstelle und auf dem Formblatt 7.2 nach Anhang 2 in dem anderen Freiumschlag direkt der Therapeutin oder dem Therapeuten. [2]Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der beihilfeberechtigten Person einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach dem Formblatt 8 nach Anhang 2 oder deren Ablehnung.“

37. In Nummer 18a.4.7 Satz 2 wird die Angabe „Formblatt 3“ durch die Angabe „Formblatt 4“ ersetzt und in Satz 3 werden nach den Wörtern „Weiterleitung an die“ die Wörter „oder den“ eingefügt.

38. Nummer 18a.4.8 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„[2]Die Festsetzungsstelle leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- den verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten,

- Kopie des Psychotherapiegutachtens,

- einen an die Festsetzungsstelle adressierten Freiumschlag und

- einen an die Therapeutin oder den Therapeuten adressierten Freiumschlag.“

39. In Nummer 18a.4.9 Satz 1 werden die Wörter „in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle“ durch die Wörter „nach Formblatt 7.1 bzw. 7.2 in dem einen Freiumschlag der

Festsetzungsstelle und in dem zweiten Freiumschlag direkt der Therapeutin oder dem Therapeuten“ ersetzt.

40. In Nummer 18a.4.10 Satz 1 werden die Wörter „Formblatt 3 nach Anhang 2 mit einem Freiumschlag“ durch die Wörter „Formblatt 4 nach Anhang 2 mit zwei Freiumschlägen“ ersetzt.

41. Nummer 18a.4.12 wird wie folgt gefasst:

„18a.4.12 [1]Die Festsetzungsstelle trägt die Kosten des Gutachtens bis zur in der Gutachterhonorar-Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband vereinbarten Höhe zuzüglich der Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, sowie die Aufwendungen für die Abrechnung der Nummer 808 der Anlage zur GOÄ für die Einleitung des Gutachterverfahrens. [2]Die Vereinbarung vom 16. Mai 2019 sieht derzeit eine Vergütung von Gutachteraufträgen für Gutachten in Höhe von 50 Euro und für Zweitgutachten in Höhe von 85 Euro vor.“

42. Nummer 18a.6 wird wie folgt gefasst:

„18a.6 **Zu Absatz 6**

Soweit im Rahmen der Kurzzeittherapie Bezugspersonen einzubeziehen sind, ist § 19 Absatz 4, gegebenenfalls i. V. m. § 20 Absatz 2, mit der Maßgabe anzuwenden, dass über die medizinische Notwendigkeit die Therapeutin oder der Therapeut eigenverantwortlich entscheidet.“

43. Nach Nummer 18a.6 wird folgende Nummer 18a.7 eingefügt:

„18a.7 **Zu Absatz 7**

(unbesetzt)“.

44. Nummer 20.4 wird aufgehoben.

45. Nach Nummer 20.3 werden die folgenden Nummern 20a bis 20a.2 eingefügt:

„20a Zu § 20a – Systemische Therapie

20a.1 **Zu Absatz 1**

[1]Die Systemische Therapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Schwerpunkt auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt, insbesondere auf Interaktionen zwischen Familienmitgliedern und deren sozialem Umfeld. [2]Die Systemische Therapie wird bisher nur bei Erwachsenen angewendet. [3]In Ausnahmefällen kann die normierte Höchstzahl von Sitzungen überschritten werden. [4]Mangels einer bislang noch nicht geeinten und anerkannten analogen Abrechnung einer passenden Gebührennummer der GOÄ, gilt § 6 Absatz 3. [5]Es bestehen keine Bedenken, Aufwendungen für eine Systemische Therapie analog Nummer 870 der Anlage zur GOÄ anzuerkennen. [6]Aufwendungen für ein Mehrpersonensetting können durch einen erhöhten Steigerungssatz bis zu einem Schwellenwert von 3,5 berücksichtigt werden.

20a.2 **Zu Absatz 2**

(unbesetzt)“.

46. Die Überschrift zu Nummer 22 wird wie folgt gefasst:

„22 Zu § 22 – Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte“.

47. In Nummer 22.1.1 Satz 1 werden nach dem Wort „Verbandmittels“ die Wörter „sowie des Medizinproduktes“ eingefügt.

48. In Nummer 22.1.2 Satz 1 werden nach dem Wort „Verbandmittel“ die Wörter „sowie Medizinprodukte“ eingefügt.

49. In Nummer 22.3.2 werden die Wörter „Internetseite des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (**Fehler! Linkreferenz ungültig.**)“ durch die Wörter „Website des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (**Fehler! Linkreferenz ungültig.**)“ ersetzt.

50. Der Nummer 22.3.3 wird folgender Satz 8 angefügt:

„[8]Steht ein Arzneimittel, das einer Festbetragsgruppe angehört, aufgrund von nachgewiesenen (z. B. durch Bescheinigung der Apotheke) Lieferengpässen nicht zur Verfügung oder ist nicht mit angemessenem Aufwand erhältlich und kommt nur ein Arzneimittel außerhalb der Festbetragsgruppe mit einem höheren Apothekenabgabepreis in Betracht, kann von der Regelung nach Absatz 3 bis zur Beseitigung der Lieferengpässe abgewichen werden.“

51. Die Überschrift zu Nummer 24 wird wie folgt gefasst:

„24 Zu § 24 – Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen“.

52. Nummer 24.1.1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„[3]Bei einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung, insbesondere für schwer psychisch Kranke mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf handelt es sich um eine Komplextherapie nach § 24 Absatz 1 Satz 2.“

b) Die bisherigen Sätze 3 bis 5 werden die Sätze 4 bis 6.

c) Im neuen Satz 4 wird die Angabe „§ 30“ durch die Angabe „§ 46“ ersetzt.

d) Im neuen Satz 6 werden die Angaben „§§ 27 und 30“ durch die Angaben „§§ 27 und 30a“ ersetzt.

53. Nummer 24.2 wird wie folgt gefasst:

„24.2 **Zu Absatz 2**

[1]Psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen erbringen ambulante spezialisierte und berufsgruppenübergreifende Leistungen, insbesondere auch in Form von Komplextherapien. [2]Ziel ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlung. [3]Ambulanzen von psychiatrischen Krankenhäusern (§ 118 Absatz 1 SGB V) erbringen darüber hinaus auch psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsleistungen für Patientinnen und Patienten, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung im Krankenhaus angewiesen sind. [4]Entsprechende Aufwendungen sind nur bis zur Höhe der Vergütungen in den Vergütungsvereinbarungen beihilfefähig.“

54. Die bisherige Nummer 24.2 wird Nummer 24.3 und wird wie folgt gefasst:

„24.3 **Zu Absatz 3**

Aufwendungen für Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) nach § 43b in Verbindung mit § 119c SGB V sind bis zu der Höhe der Vergütung, die die Einrichtung mit einer in Satz 1 genannten Einrichtungen getroffen hat, entsprechend beihilfefähig."

55. Die bisherige Nummer 24.3 wird Nummer 24.4 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„24.4 **Zu Absatz 4**".

56. Die bisherigen Nummern 24.3.1 und 24.3.2 werden die Nummern 24.4.1 und 24.4.2.

57. Nach der neuen Nummer 24.4 wird folgende Nummer 24.5 eingefügt:

„24.5 **Zu Absatz 5**

(unbesetzt)".

58. Nach Nummer 25.5 wird folgende Nummer 25.6 eingefügt:

„25.6 **Zu Absatz 6**

(unbesetzt)".

59. Die Überschrift zu Nummer 26 wird wie folgt gefasst:

„26 Zu § 26 – Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern".

60. In Nummer 26.1.3 wird das Wort „Abteilung" durch das Wort „Fachabteilung" ersetzt.

61. In Nummer 26.1.6 werden nach dem Wort „Zweibettzimmerzuschlag" die Wörter „der jeweiligen Fachabteilung" eingefügt.

62. Nach Nummer 26.1.6 wird folgende Nummer 26.2 eingefügt:

„26.2 **Zu Absatz 2**

(unbesetzt)".

63. Die bisherige Nummer 26.2 wird Nummer 26.3 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„26.3 **Zu Absatz 3**".

64. Die bisherigen Nummern 26.2.1 bis 26.2.4 werden die Nummern 26.3.1 bis 26.3.4.

65. Die Überschrift zu Nummer 26a wird wie folgt gefasst:

„26aZu § 26a – Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern".

66. Die Nummern 26a.1, 26a.1.1, 26a.1.2 und 26a1.3 werden durch die folgenden Nummern 26a.1, 26a.1.1, 26a.1.1.1, 26a.1.1.2 und 26a.1.2 ersetzt:

„26a.1 **Zu Absatz 1**

[1]Bei der Errechnung des beihilfefähigen Höchstbetrags ist jeweils auf den Behandlungsfall abzustellen. [2]Bei der Berechnung ist immer die Fallpauschale der Hauptabteilung zugrunde zu legen, unabhängig davon, ob es sich um eine belegärztliche Behandlung handelt. [3]Die von den Kliniken in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist grundsätzlich beihilfefähig und kann bis zum errechneten beihilfefähigen Höchstbetrag berücksichtigt werden.

26a.1.1 **Zu Absatz 1 Nummer 1**

26a.1.1.1 [1]Zur Ermittlung des beihilfefähigen Betrags wird der Basisfall mit der Bewertungsrelation der jeweiligen Fallpauschale (aus dem Fallpauschalenkatalog) multipliziert. [2]Liegt die tatsächliche Verweildauer unter der unteren Grenzverweildauer nach dem Fallpauschalenkatalog, erfolgt ein entsprechender Abschlag. [3]Liegt die tatsächliche Verweildauer über der oberen Grenzverweildauer nach dem Fallpauschalenkatalog, erfolgt ein entsprechender Zuschlag (zusätzliches tagesbezogenes Entgelt).

26a.1.1.2 [1]Zur Ermittlung des beihilfefähigen Betrags für die Pflegepersonalkosten wird der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz oder, sofern dieser noch nicht berechnet werden kann, der vorläufige Pflegeentgeltwert nach § 15 Absatz 2a Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz und mit der Zahl der Belegungstage multipliziert. [2]Gesondert ausgewiesene Aufwendungen für Zusatzentgelte sind entsprechend dem DRG-Entgeltkatalog beihilfefähig.

26a.1.2 **Zu Absatz 1 Nummer 2**

[1]Grundlage für die Ermittlung des Höchstbetrags ist der PEPP-Entgeltkatalog und damit das errechnete Entgelt aus Anlage 1a (bei vollstationärem Aufenthalt) oder Anlage 2a (bei teilstationärem Aufenthalt) des PEPP-Kataloges bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwerts in Höhe von 300 Euro einschließlich der Zusatzentgelte und ergänzenden Tagesentgelte. [2]Bei längerer Verweildauer als der höchsten Zahl der Berechnungstage wird die Bewertungsrelation der höchsten Zahl der Bewertungstage angesetzt. [3]Für die Zuordnung des Behandlungsfalls nach Nummer 2 ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.“

67. Nach Nummer 26a.5 wird folgende Nummer 26a.6 eingefügt:

„26a.6 **Zu Absatz 6**

(unbesetzt)“.

68. Nummer 27.5 wird wie folgt gefasst:

„27.5 **Zu Absatz 5**

Bezüglich des beihilfefähigen Betrages für eine Kurzzeitpflege wird auf Nummer 38e.2 verwiesen.“.

69. In Nummer 30 Satz 2 werden die Wörter „§ 6 Absatz 3 Satz 3“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 5“ ersetzt.

70. Nummer 31 wird wie folgt gefasst:

„31 Zu § 31 – Fahrtkosten

31.1 **Zu Absatz 1**

[1]Die Notwendigkeit der Beförderung bestätigt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt, in den Fällen des Satzes 2 die dort genannte Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer, mit der Verordnung der Beförderung. [2]Aufwendungen für die Hin- und Rückfahrt sind gesondert zu prüfen. [3]Neben den in Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 genannten Ausnahmefällen können auch bei einer nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Mobilität, sofern die Art der vorübergehenden Einschränkungen mit den Kriterien vergleichbar ist, Fahrtkosten erstattet werden.

31.2 **Zu Absatz 2**

Ein gesonderter Nachweis kann zum Beispiel durch Vorlage der ärztlichen Rechnung, aus der der Tag der notwendigen Behandlung hervorgeht, erfolgen.

31.3 **Zu Absatz 3**

[1]Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden. [2]Nächste erreichbare geeignete Behandlungsmöglichkeit muss nicht zwangsläufig das nächstgelegene Krankenhaus sein.

31.4 **Zu Absatz 4**

[1]Aufwendungen für ein Taxi sind nur dann als beihilfefähig zu berücksichtigen, wenn öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt werden können. [2]Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn nach ärztlicher Bescheinigung medizinische Gründe für eine Taxinutzung vorliegen.

[3]Taxi-Wartekosten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, es sei denn, dass das Warten insgesamt zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führt.

31.5 **Zu Absatz 5**

[1]Die Ausnahmeregelung in Satz 2 soll in den Fällen, in denen eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht erfolgen kann, die Möglichkeit eröffnen, Fahrtkosten zu erstatten. [2]Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen.

31.6 **Zu Absatz 6**

(unbesetzt)“.

71. Nummer 34.1.2 wird wie folgt gefasst:

„34.1.2 [1]Der Begriff der Anschlussheilbehandlung ist identisch mit dem der Anschlussrehabilitation. [2]Eine Anschlussheilbehandlung hat das Ziel, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten nach einer schweren Operation oder Er-

krankung wieder zu erlangen oder auszugleichen. [3]Daher bedingt die Anschlussheilbehandlung den Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung und ist mit dieser als vergleichbar zu betrachten.“

72. Nummer 34.5 wird wie folgt gefasst:

„34.5 **Zu Absatz 5**

34.5.1 Als An- und Abreise gelten bei ambulanten Maßnahmen auch die täglichen Hin- und Rückfahrten zur Einrichtung.

34.5.2 [1]Private Kraftfahrzeuge in diesem Sinne sind neben privaten und unentgeltlich bereitgestellten Kraftfahrzeugen des persönlichen Umfelds der behandlungsbedürftigen Person auch entgeltlich angemietete Fahrzeuge zur Selbstnutzung (beispielsweise Mietwagen oder Carsharing). [2]Die Fahrt kann durch eine sonstige Person als Fahrer durchgeführt werden, sofern diese nicht gewerblicher Dienstleister bzw. Unternehmer im Sinne des Personenbeförderungsgesetzes (PBefG) ist.

34.5.3 [1]Sofern die Einrichtung keinen kostenfreien Transport für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen anbietet, sind Aufwendungen für die durch die Einrichtung selbst erbrachten, nicht nach dem PBefG genehmigungsbedürftigen Fahrdienstleistungen nach Maßgabe der Nummer 3 bis zu 200 Euro beihilfefähig. [2]Wird die Fahrdienstleistung kostenpflichtig durch die Einrichtung selbst oder einen Dritten nach dem PBefG erbracht, gilt § 34 Absatz 5 Nummer 4 BBhV.“

73. Nach Nummer 34.5 wird folgende Nummer 34.6 eingefügt:

„34.6 **Zu Absatz 6**

(unbesetzt)“.

74. In Nummer 35.1.4.2 werden in Satz 1 die Wörter „Nummer 3 der Anlage 15 zu § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 BBhV“ durch die Wörter „der vom BMI durch Rundschreiben bekanntgegebenen Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte nach § 35 Absatz 1 Satz 2 BBhV“ ersetzt.

75. In Nummer 35.1.6.1 Satz 1 werden nach dem Wort „Funktionstraining“ die Wörter „der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ eingefügt.

76. Der Nummer 35.2.1 werden die folgenden Sätze 5 und 6 angefügt:

„[5]Die Erläuterungen zu privaten Kraftfahrzeugen in Nummer 34.5.2 gelten entsprechend. [6]Satz 3 gilt auch für die Fahrtkosten anlässlich einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme entsprechend § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 4.“

77. Nach Nummer 35.2.5 wird folgende Nummer 35.2.6 wird eingefügt:

„35.2.6 Die Begrenzung der Fahrtkosten bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen auf maximal 10 Euro pro Behandlungstag für eine Hin- und Rückfahrt gilt unabhängig davon, wie viele Behandlungen pro Tag vorgesehen sind und wie viele Fahrten durchgeführt werden.“

78. Nach Nummer 35.2.6 wird folgende Nummer 35.3 eingefügt:

„35.3 **Zu Absatz 3**

(unbesetzt)“.

79. Nach Nummer 36.1.2 wird folgende Nummer 36.1.3 eingefügt:

„36.1.3 [1]Für eine Begleitperson ist keine gesonderte ärztliche Bescheinigung notwendig. [2]Die Notwendigkeit muss sich aus dem Gutachten ergeben.“

80. In Nummer 37.1 Satz 8 wird das Wort „Obergutachtens“ durch das Wort „Zweitgutachtens“ ersetzt.

81. In Nummer 37.2.4 wird in Satz 2 das Wort „Fahrkosten“ durch das Wort „Fahrtkosten“ ersetzt.

82. Nummer 38a.1.1 wird wie folgt gefasst:

„38a.1.1 Die Aufwendungen für die häusliche Pflege durch eine Berufspflegekraft sind in Höhe des Anspruchs auf häusliche Pflegebeihilfe nach § 36 Absatz 3 SGB XI beihilfefähig:

Pflegegrad	**Beihilfefähige Aufwendungen**	
	bis zum 31.12.2021	**ab dem 01.01.2022**
2	689 €/Monat	724 €/Monat
3	1 298 €/Monat	1 363 €/Monat
4	1 612 €/Monat	1 693 €/Monat
5	1 995 €/Monat	2 095 €/Monat“

83. In Nummer 38d.2 wird in Satz 2 das Wort „Fahrkosten“ durch das Wort „Fahrtkosten“ ersetzt.

84. Nummer 38e.2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„[1]Der beihilfefähige Betrag für eine Kurzzeitpflege beträgt bis zum 31.12.2021 1 612 Euro und ab dem 01.01.2022 1 774 Euro für längstens acht Wochen je Kalenderjahr.“

85. Nummer 38.g.1 wird die Nummer 38g.1 und Satz 3 wird aufgehoben.

86. Nummer 39.2.1 wird wie folgt gefasst:

„39.2.1 [1]Aufwendungen für die Pflegeleistungen, die über die nach Absatz 1 hinausgehen, wie Unterkunft, Verpflegung sowie Investitionskosten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. [2]Vorrangig sind zur Deckung der vorgenannten, verbleibenden Kosten immer Eigenmittel einzusetzen. [3]Aus Fürsorgegründen kann aber zu diesen Aufwendungen Beihilfe gewährt werden, wenn den beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen von ihren Einkünften nicht ein rechnerischer Mindestbetrag verbleibt. [4]Für die Berechnung des zu belassenden Mindestbetrages wird immer die aktuelle Besoldungstabelle des jeweiligen Pflegemonats zugrunde gelegt. [5]Bei rückwirkender Besoldungserhöhung erfolgt keine Neuberechnung. [6]Auf Grundlage der Vorgriffregelung vom 3. Dezember 2021 (GMBl S. 1441) wird der Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI in den folgenden Beispielen berücksichtigt.

Beispiel 1 (Besoldungstabelle Stand 1. April 2022)

Ehepaar

Beihilfeberechtigter (Versorgungsempfänger, letzte Besoldungsgruppe A 9 mD, Stufe 8) seit über 14 Monaten in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 3, Ehefrau nicht pflegebedürftig, keine weiteren berücksichtigungsfähigen Personen

Pos.		
1	Rechnungsbetrag	3 750,50 €
2	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	24,50 €
3	Abzug Pauschalbetrag nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	1 262,00 €
4	Abzug Leistungszuschlag nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	216,00 €
5	nicht gedeckte Aufwendungen:	2 248,00 €
6	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	2 812,35 €
7	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	2 359,69 €

Berechnung zu Pos. 7

§ 39 Absatz 2 Satz 1 BBhV	**Beihilfeberechtigter**	**Ehefrau**	**gesamt**
Nr. 1	472,35 €		
Nr. 2		1 771,31 €	
Nr. 3			
Nr. 4	116,03 €		
Summe	**588,38 €**	**1 771,31 €**	**2 359,69 €**

Pos.		
8	selbst zu tragender Anteil (Pos. 6 minus Pos. 7):	452,66 €
9	zusätzlich zu gewährende Beihilfe (Pos. 5 minus Pos. 8):	1 795,34 €

Beispiel 2 (Besoldungstabelle Stand 1. April 2022)

Alleinstehender Beihilfeberechtigter (Versorgungsempfänger, letzte Besoldungsgruppe A 9 mD, Stufe 8) seit über 14 Monaten in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 3

Pos.		
1	Rechnungsbetrag	3 750,50 €
2	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	24,50 €
3	Abzug Pauschalbetrag nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	1 262,00 €
4	Abzug Leistungszuschlag nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	216,00 €
5	nicht gedeckte Aufwendungen:	2 248,00 €
6	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	2 812,35 €
7	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	588,38 €

Berechnung zu Pos. 7

§ 39 Absatz 2 Satz 1 BBhV	**Beihilfeberechtigter**	**gesamt**
Nr. 1	472,35 €	
Nr. 2		
Nr. 3		
Nr. 4	116,03 €	
Summe	**588,38 €**	**588,38 €**

Pos.		
8	selbst zu tragender Anteil (Pos. 6 minus Pos 7.):	2 223,97 €
9	zusätzlich zu gewährende Beihilfe (Pos. 5 minus Pos. 8):	24,03 €

Beispiel 3 (Besoldungstabelle Stand 1. April 2022)

Ehepaar mit einem berücksichtigungsfähigen Kind (Beihilfeberechtigter, Besoldungsgruppe A 13, Stufe 8), Ehefrau seit über 26 Monaten in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 5

Pos.		
1	Rechnungsbetrag:	4 674,50 €
2	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	64,50 €

3	Abzug Pauschalbetrag nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	2 005,00 €
4	Abzug Leistungszuschlag nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	542,25 €
5	nicht gedeckte Aufwendungen:	2 062,75 €
6	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	5 220,25 €
7	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	2 597,92 €

Berechnung zu Pos. 7

§ 39 Absatz 2 Satz 1 BBhV	**Beihilfe berechtigter**	**Ehefrau**	**Kind**	**gesamt**
Nr. 1		472,35 €		
Nr. 2	1 771,31 €			
Nr. 3			177,13 €	
Nr. 4	177,13€			
Summe	**1 948,44 €**	**472,35 €**	**177,13 €**	**2 597,92 €**

Pos.		
8	selbst zu tragender Anteil (Pos. 6 minus Pos. 7):	2 622,33 €
9	die nicht gedeckten Aufwendungen liegen unter dem selbst zu tragendem Anteil (Pos. 5 minus Pos. 8), daher ist keine zusätzliche Beihilfe zu gewähren.“	

87. Nummer 40.2.2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 4 wird aufgehoben und der Satz 5 wird Satz 4.

b) Nach dem neuen Satz 4 wird folgender Satz 5 eingefügt:

„[5]Bei Vorliegen der Voraussetzungen kommt daneben auch eine Beihilfegewährung nach § 38e (Kurzzeitpflege) und § 39 (vollstationäre Pflege) in Betracht.“

88. Nach Nummer 40.3 werden folgende Nummern 40a, 40a.1 und 40a.2 eingefügt:

„**40a Zu § 40a – Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase**

40a.1 **Zu Absatz 1**

Zugelassene Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können in den Einrichtungen eine Beratung über medizinische und pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase sowie das Aufzeigen von Hilfe und Angebote der Sterbebegleitung anbieten.

40a.2 **Zu Absatz 2**

[1]Die Leistung kann nur in Pflegeeinrichtungen erbracht werden, dennoch handelt es sich nicht um eine pflegebedingte Aufwendung, sondern gehört zu den Krankheitskosten. [2]Es gilt daher nicht der Halbteilungsgrundsatz des § 46 Absatz 4 für Pflegeleistungen. [3]Die Erstattung erfolgt zum Regelbemessungssatz. [4]Bei pflichtversicherten Personen gilt die Anrechnung nach § 9 Absatz 1“.

89. In Nummer 41.1.1 wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„[1]Inhalt, Zielgruppe, Altersgrenzen, Häufigkeit, Art und Umfang der Maßnahmen nach Satz 1 richten sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“),

2. zur Jugendgesundheitsuntersuchung bei Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und vollendetem 14. Lebensjahr („Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“),

3. über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinie“) und „Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme“,

4. über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“),

5. über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V („Schutzimpfung-Richtlinie“).“

90. Nach Nummer 41.4 wird folgende Nummer 41.5 eingefügt:

„41.5 **Zu Absatz 5**

Aufwendungen beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen mit substantiellem HIV-Infektionsrisiko sind beihilfefähig

– für ärztliche Beratungen, erforderliche Untersuchungen nach § 41 Absatz 5 und

– für verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Präexpositionsprophylaxe nach § 22 Absatz 1 Nummer 1.“

91. Die bisherigen Nummern 41.5 und 41.6 werden die Nummern 41.6 und 41.7 und wie folgt gefasst:

„41.6 **Zu Absatz 6**

(unbesetzt)

41.7 **Zu Absatz 7**

(unbesetzt)“.

92. In Nummer 42.1.1.1 werden die Wörter „zuletzt geändert am 22. März 2019, BAnz. AT 27. Mai 2019 B 3, in Kraft getreten am 28. Mai 2019“ durch die Wörter „zuletzt geändert am 16. September 2021 (BAnz. AT 26. November 2021 B4), in Kraft getreten am 1. Januar 2022“ ersetzt.

93. Nummer 43 wird durch die folgenden Nummern 43 und 43a ersetzt:

„**43 Zu § 43 – Künstliche Befruchtung**

43.1 **Zu Absatz 1**

43.1.1 [1]Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für künstliche Befruchtung orientiert sich an den nach § 27a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V erlassenen Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung). [2]Die Richtlinien sind auf der Website des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Fehler! Linkreferenz ungültig.**) veröffentlicht.

43.1.2 Die maßgeblichen Altersgrenzen für beide Ehegatten müssen in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus oder des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein.

43.2 **Zu Absatz 2**

[1]Die Zuordnung der Kosten zu den Ehegatten erfolgt in enger Anlehnung an Nummer 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung. [2]Das bedeutet, dass die Aufwendungen der Person zuzurechnen sind, bei der die Leistung durchgeführt wird.

43.3 **Zu Absatz 3**

Nummer 43.2 gilt entsprechend.

43.4 **Zu Absatz 4**

43.4.1 [1]Im Fall eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer IVF kann in maximal zwei darauffolgenden Zyklen die ICSI zur Anwendungen kommen, auch wenn die Voraussetzungen der ICSI nicht vorliegen. [2]Ein Methodenwechsel innerhalb eines IVF-Zyklus (sog. Rescue-ICSI) ist ausgeschlossen.

43.4.2 [1]Die IVF gilt als vollständig durchgeführt, wenn die Eizellkultur angesetzt worden ist. [2]Die ICSI gilt als vollständig durchgeführt, wenn die Spermieninjektion in die Eizelle(n) erfolgt ist.

43.5 **Zu Absatz 5**

43.5.1 [1]Aufwendungen für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind zu 50 Prozent der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie im homologen System (das heißt bei Ehegatten) durchgeführt werden und eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. [2]Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und gegebenenfalls welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Kostenerstattung.

43.5.2 [1]Nach Geburt eines Kindes sind Aufwendungen für die Herbeiführung einer erneuten Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung nach Nummer 43.5.1 beihilfefähig. [2]Dies gilt auch, wenn eine sogenannte klinische Schwangerschaft (z. B. Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.

43.6 **Zu Absatz 6**

(unbesetzt)

43.7 **Zu Absatz 7**

(unbesetzt)

43a Zu § 43a – Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

43a.1 **Zu Absatz 1**

(unbesetzt)

43a.2 **Zu Absatz 2**

(unbesetzt)

43a.3 **Zu Absatz 3**

Liegt eine ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 oder Absatz 3 StGB vor, bedarf es grundsätzlich keiner weitergehenden Prüfung der Rechtmäßigkeit durch die Festsetzungsstelle.“

94. In Nummer 45.2 Satz 3 werden die Wörter „70 Euro“ durch die Wörter „85 Euro“ und die Angabe „§ 9 Absatz 3 JVEG“ durch die Angabe „§ 9 Absatz 5 JVEG“ ersetzt.

95. Nummer 45a.2 wird wie folgt gefasst:

„45a.2 **Zu Absatz 2**

45a.2.1 Zu den Auswirkungen des Bezugs von Leistungen zum Ausgleich des Verdienstausfalls von Organ- oder Gewebespendern nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes wird auf das Schreiben der Deutschen Rentenversicherung Bund verwiesen, das mit Rundschreiben des BMI vom 10. Januar 2013 – D 6 – 213 106-11/0#0 – bekanntgegeben wurde.

45a.2.2 [1]Für Spenderinnen und Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind die Kosten einer notwendigen Unterbringung außerhalb des Krankenhauses (beispielsweise in einem Hotel) als beihilfefähig anzuerkennen. [2]Dies gilt insbesondere, wenn es sich um die jährlichen ambulanten Nachsorgeuntersuchungen der Spender handelt, die nicht am Wohnort des Spenders durchgeführt werden, sondern in dem Krankenhaus, in dem die Spende erfolgte.“

96. Die Nummern 47.5.1 und 47.5.2 werden wie folgt gefasst:

„47.5.1 [1]Bei beihilfeberechtigten Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und bei deren berücksichtigungsfähigen Personen, die der Familienversicherung nach § 10 SGB V unterliegen, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen unter Anrechnung der Leistungen und Erstattungen der Krankenkasse. [2]Die Erhöhung der Erstattungsleistungen für beihilfefähige Aufwendungen umfasst auch solche Fälle, in denen die medizinische Maßnahme als einheitliche Leistung angesehen werden kann wie bei einem stationären Krankenhausaufenthalt mit gesondert berechenbarer Unterkunft. [3]Unbeschadet hiervon sind etwaige Eigenbehalte, sonstige Minderungs- oder Höchstbeträge.

47.5.2 [1]Eine Aufstockung wird nicht gewährt, wenn – wie z. B. bei sogenannten IGEL-Leistungen – keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen. [2]Hier gilt der Bemessungssatz nach § 46.“

97. Die bisherigen Nummern 47.5 bis 47.7 werden die Nummern 47.6 bis 47.8 und wie folgt gefasst:

„47.6 **Zu Absatz 6**

(unbesetzt)

47.7 **Zu Absatz 7**

(unbesetzt)

47.8 **Zu Absatz 8**

(unbesetzt)“.

98. Die bisherige Nummer 47.8 wird die Nummer 47.9 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„47.9 **Zu Absatz 9**“.

99. Die bisherigen Nummern 47.8.1 und 47.8.2 werden die Nummern 47.9.1 und 47.9.2.

100. In Nummer 49.1.5 werden die Wörter „bereits durch einen Höchstbetrag begrenzten“ gestrichen und das Wort „den“ durch das Wort „die“ ersetzt.

101. Der Nummer 49.1.6 Satz 2 werden die Wörter „und einer ambulanten Anschlussheil- oder Suchtbehandlung“ angefügt.

102. In Nummer 49.4 werden die Wörter „Nummer 4 Buchstabe b“ durch die Wörter „Nummer 5 Buchstabe b“ ersetzt.

103. In Nummer 18a.4.1, 38h.2.5, 41.1.1 und 50.1.2 wird jeweils das Wort „Internetseite“ durch das Wort „Website“ ersetzt.

104. Nach Nummer 50.1.6 wird folgende Nummer 50.1.7 eingefügt:

„50.1.7 Bei fristgerechter Antragstellung und Überschreiten der Belastungsgrenze erfolgt die Erstattung der die Belastungsgrenze übersteigenden, einbehaltenen Eigenbehalte sowie der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nummer 3, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, auf Grundlage des Apothekenverkaufspreises; höchstens jedoch zum Festbetrag.“

105. Nach Nummer 51.5.2 wird folgende Nummer 51.6 eingefügt:

„51.6 **Zu Absatz 6**

(unbesetzt)“.

106. Die bisherige Nummer 51.6 wird die Nummer 51.7 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„51.7 **Zu Absatz 7**“.

107. Die bisherige Nummer 51.7 wird die Nummer 51.8 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„51.8 **Zu Absatz 8**“.

108. Die bisherigen Nummern 51.7.1 und 51.7.2 werden die Nummern 51.8.1 und 51.8.2.

109. Die bisherige Nummer 51.8 wird die Nummer 51.9 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„51.9 **Zu Absatz 9**“.

110. Nach Nummer 51a.2.8 wird folgende Nummer 51a.3 eingefügt:

„51a.3 **Zu Absatz 3**

(unbesetzt)“

111. Nach Nummer 54.1.4 wird folgende Nummer 54.1.5 eingefügt:

„54.1.5 Eine innerhalb der Frist des § 54 Absatz 1 erfolgte Dienstunfallanzeige kann in einen Beihilfeantrag nach § 51 Absatz 1 umgedeutet werden, wenn kein Dienstunfall festgestellt wurde und ein nunmehr eingereichter Beihilfeantrag verfristet wäre.“

112. Nummer 58.1 wird wie folgt gefasst:

„58.1 **Zu Absatz 1**

(unbesetzt)“.

113. Die Nummern 58.5 bis 58.7 werden aufgehoben.

114. Die Anhänge erhalten die aus der Anlage ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Inkrafttreten

Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. April 2022 in Kraft.

Berlin, den ….

Bundesministerium des Innern und für Heimat

Im Auftrag

Katrin Walter

Anlage

(zu Artikel 1 Nummer 114)

Anhang 1
(zu den Nummern 5.6 und 46.3.4)

Absender Festsetzungsstelle

_____

Festsetzungsstelle der Ehegattin / des Ehegatten /
der Lebenspartnerin / des Lebenspartners

Mitteilung zum Bezug von Beihilfen für berücksichtigungsfähige Kinder und des erhöhten Bemessungssatzes (§§ 4, 5 und 46 BBhV)

1. Beihilfeberechtigte Person

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

Beschäftigungsbehörde/Dienststelle

2. Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartnerin/Lebenspartner

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

Beschäftigungsbehörde/Dienststelle

Die unter 1. genannte beihilfeberechtigte Person erhält für folgende berücksichtigungsfähige Kinder Beihilfen und – bei zwei und mehr Kindern – den erhöhten Bemessungssatz (§ 5 Absatz 5 und § 46 Absatz 3 BBhV):

Familienname	Vorname	Geburtsdatum

_____ _____

Datum Unterschrift

Anhang 2
(zu den Nummern 18.3, 18a.4.2 bis 18a.4.7 und 18a.4.9 bis 18a.4.10)

Formblatt 1

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Psychotherapie

Empfänger (Festsetzungsstelle)

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Angaben zur beihilfeberechtigten Person:	
Beihilfe-Identifikationsnummer	
Familienname, Vorname	_____
Geburtsdatum	. .
Anschrift	_____ _____
Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)	

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

für

- □ Analytische Psychotherapie
- □ Systemische Therapie
- □ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- □ Verhaltenstherapie

als

- □ Einzeltherapie
- □ Gruppentherapie
- □ Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenbehandlung

für folgende Person:

- □ beihilfeberechtigte Person
- □ berücksichtigungsfähige Person

Familienname	Vorname	Geburtsdatum

_____

Datum und Unterschrift der beihilfeberechtigten Person

Pseudonymisierungscode:

Formblatt 2

Schweigepflichtentbindung (verbleibt bei der Festsetzungsstelle)

Ich ermächtige Frau/Herrn

,

der oder dem von der Festsetzungsstelle beauftragten Gutachterin oder beauftragten Gutachter Auskunft zu geben und entbinde sie oder ihn von der Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes oder der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten (im Folgenden Therapeutinnen oder Therapeuten genannt). Ich bin damit einverstanden, dass die Gutachterin oder der Gutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Diese Erklärung gilt nur für den konkreten Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum	Unterschrift der zu behandelnden Person oder der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters

Pseudonymisierungscode:

Formblatt 3

Angaben der Therapeutin oder des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose:

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

□ für Erwachsene □ für Kinder und Jugendliche

□ Analytische Psychotherapie (AP) □ Systemische Therapie (ST)

□ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) □ Verhaltenstherapie (VT)

□ Langzeittherapie als

- □ Erstantrag
- □ Umwandlung
- □ Fortführung

3. Welche Anwendungsform ist geplant und mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

Anwendungsform	Zahl der Sitzungen
□ ausschließlich Einzelbehandlung	
□ ausschließlich Gruppenbehandlung	
□ Kombinationsbehandlung mit	
□ überwiegend Einzelbehandlung	
□ überwiegend Gruppenbehandlung	
□ Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten (In diesen Fällen müssen beide Therapeuten das Formblatt 3 ausfüllen)	

4. Werden Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen?

□	Nein	
□	Ja	Zahl der Sitzungen

5. Gebührennummern und Gebührenhöhe

Gebührennummer		Gebührenhöhe je Sitzung	

6. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

□	Nein		
□	Ja	von bis	Zahl der Sitzungen

7. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. Ärztinnen und Ärzte

□ Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

□ Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

□ Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und

Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie

□ Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“

verliehen: □ vor dem 1. April 1984

Nachweis: □ Schwerpunkt Verhaltenstherapie

□ Weiterbildung Systemische Therapie

2. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

□ **Behandlung von Erwachsenen**

mit Weiterbildung für Behandlung von Erwachsenen

□ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

□ analytische Psychotherapie

□ Verhaltenstherapie

□ Systemische Therapie

□ **Behandlung von Kindern und Jugendlichen**

mit Weiterbildung für Behandlung von Kindern und Jugendlichen

□ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

□ analytische Psychotherapie

□ Verhaltenstherapie

3. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

□ **Behandlung von Erwachsenen**

mit vertiefter Ausbildung

□ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

□ analytische Psychotherapie

□ Verhaltenstherapie

□ Systemische Therapie

□ **Behandlung von Kindern und Jugendlichen**

mit vertiefter Ausbildung und Zusatzqualifikation entsprechend den Anforderungen nach § 6 Absatz 4 Psychotherapievereinbarung

□ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

□ analytische Psychotherapie

□ Verhaltenstherapie

4. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

mit vertiefter Ausbildung

□ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

□ analytische Psychotherapie

□ Verhaltenstherapie

Datum, Unterschrift und Stempel der Therapeutin oder des Therapeuten

Pseudonymisierungscode:

Formblatt 4

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als VERTRAULICHE ARZTSACHE gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin/den Gutachter zu übersenden.
Absender Name und Anschrift der Therapeutin oder des Therapeuten

Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Angaben über die zu behandelnde Person

Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)		Familienstand
Geburtsdatum	Geschlecht (m/w/d)	Beruf

II. Angaben über die Behandlung

Art der vorgesehenen Therapie
Datum des Therapiebeginns
Angaben zur Behandlung (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl und Behandlungsfrequenz seit Therapiebeginn
Angaben zur voraussichtlich noch erforderlichen Behandlung (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl und Behandlungsfrequenz

Pseudonymisierungscode:

Ergänzende Hinweise zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter[1]:

Die Therapeutin oder der Therapeut erstellt den Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter persönlich und in freier Form nach der in diesem Formblatt vorgegebenen Gliederung und versieht ihn mit Datum und Unterschrift. Der Bericht soll auf die für das Verständnis der psychischen Störung und deren Ursachen sowie auf die für die Behandlung relevanten Informationen begrenzt sein.

Die jeweiligen Unterpunkte der Gliederungspunkte des Informationsblattes sind als Hilfestellung zur Abfassung des Berichts gedacht und müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden. Gliederungspunkte mit dem Zusatz „AP", „ST", „TP" oder „VT" sind nur bei einem Bericht für das entsprechende Psychotherapieverfahren zu berücksichtigen. Die Angaben können stichwortartig erfolgen.

Im Rahmen einer Psychotherapie können relevante Bezugspersonen zur Erreichung eines Behandlungserfolges einbezogen werden. Angaben zur Einbeziehung von Eltern und Bezugspersonen sind insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, bei Menschen mit geistiger Behinderung oder in der Systemischen Therapie relevant. Relevante biografische Faktoren sollen im Rahmen der Verhaltensanalyse (VT), der Psychodynamik (TP, AP) bzw. der System- und Ressourcenanalyse (ST) dargestellt werden.

1. Relevante soziodemographische Daten

- Bei Erwachsenen: aktuell ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder
- Bei Kindern und Jugendlichen: Angaben zur Lebenssituation, zu Kindergarten oder zu Schulart, ggf. Schulabschluss und Arbeitsstelle, Geschwisterzahl und -position, zum Alter und Beruf der Eltern und ggf. der primären Betreuungspersonen

2. Symptomatik und psychischer Befund

- Von der zu behandelnden Person geschilderte Symptomatik mit Angaben zu Schwere und Verlauf; ggf. diesbezüglich Angaben von Eltern und Bezugspersonen, bei Kindern und Jugendlichen Informationen aus der Schule
- Auffälligkeiten bei der Kontaktaufnahme, der Interaktion und bezüglich des Erscheinungsbildes
- Psychischer Befund
- Krankheitsverständnis der zu behandelnden Person; ggf. der relevanten Bezugspersonen
- Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

3. Somatischer Befund / Konsiliarbericht

- Somatische Befunde (ggf. einschließlich Suchtmittelkonsum)
- ggf. aktuelle psychopharmakologische Medikation
- Psychotherapeutische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychiatrische Vorbehandlungen (falls vorhanden Berichte beifügen)

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte (ggf. auch zur Lebensgeschichte der Bezugspersonen), zur Krankheitsanamnese, zur Verhaltensanalyse (VT) bzw. zur Psychodynamik (TP, AP) bzw. zum Systemischen Erklärungsmodell (ST)

[1] Die Hinweise entsprechen denjenigen aus der gesetzlichen Krankenversicherung.

Pseudonymisierungscode:

- Psychodynamik (TP, AP): auslösende Situation, intrapsychische Konfliktebene und aktualisierte intrapsychische Konflikte, Abwehrmechanismen, strukturelle Ebene, dysfunktionale Beziehungsmuster
- Systemisches Erklärungsmodell (ST): Systemanalyse (störungsrelevante interpersonelle und intrapsychische Interaktions- und Kommunikationsmuster, Beziehungsstrukturen, Bedeutungsgebungen), belastende Faktoren, problemfördernde Muster und Lösungsversuche, Ressourcenanalyse, gemeinsam entwickelte Problemdefinition und Anliegen.

5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung

- ICD-10-Diagnose/n mit Angabe der Diagnosesicherheit
- Psychodynamische bzw. neurosenpsychologische Diagnose (TP, AP)
- Differenzialdiagnostische Angaben falls erforderlich

6. Behandlungsplan und Prognose

- Beschreibung der konkreten, mit der zu behandelnden Person reflektierten Therapieziele; ggf. auch Beschreibung der Ziele, die mit den Bezugspersonen vereinbart wurden
- Individueller krankheitsbezogener Behandlungsplan, auch unter Berücksichtigung evtl. vorausgegangener ambulanter und stationärer Behandlungen sowie Angaben zu den im individuellen Fall geplanten Behandlungstechniken und –methoden; ggf. Angaben zur geplanten Einbeziehung der Bezugspersonen
- Begründung des Settings (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), auch des Mehrpersonensettings (ST), der Sitzungszahl sowie der Behandlungsfrequenz und ggf. auch kurze Darstellung des Gruppenkonzepts; bei Kombinationsbehandlung zusätzlich kurze Angaben zum abgestimmten Gesamtbehandlungsplan
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen
- Prognose unter Berücksichtigung von Motivation, Umstellungsfähigkeit, inneren und äußeren Veränderungshindernissen; ggf. auch bezüglich der Bezugspersonen

7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag

- Bisheriger Behandlungsverlauf, Veränderung der Symptomatik und Ergebnis in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; ggf. auch bezüglich der begleitenden Arbeit mit den Bezugspersonen
- Begründung der Notwendigkeit der Umwandlung der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie
- Weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

Hinweise zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter zum Fortführungsantrag

(bei mehreren Berichten zu Fortführungsanträgen sind die Berichte entsprechend fortlaufend zu nummerieren)

1. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs seit dem letzten Bericht, Veränderung der Symptomatik und Behandlungsergebnis in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; ggf. auch bezüglich der Einbeziehung von Bezugspersonen
2. Aktuelle Diagnose/n gemäß ICD-10 und aktueller psychischer Befund, weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren
3. Begründung der Notwendigkeit der Fortführung der Behandlung, weitere Therapieplanung, geänderte/erweiterte Behandlungsziele, geänderte Behandlungsmethoden und –techniken, Prognose, Planung des Therapieabschlusses, ggf. weiterführende Maßnahmen nach Ende der Therapie

Pseudonymisierungscode:

Hinweise zum Ergänzungsbericht (nur bei Zweitgutachten)

Wurde ein Antrag auf Langzeittherapie nach Einholen einer gutachterlichen Stellungnahme von der Festsetzungsstelle abgelehnt und legt die beihilfeberechtigte Person Widerspruch gegen diese Entscheidung ein, kann die Festsetzungsstelle ein Zweitgutachten einholen. Nach Aufforderung durch die Festsetzungsstelle erstellt die Therapeutin oder der Therapeut der Festsetzungsstelle einen in freier Form erstellten Ergänzungsbericht. Für den Ergänzungsbericht gibt es keine vorgesehene Gliederung. Die Rückmeldung der Gutachterin oder des Gutachters und relevante Unterpunkte oder Gliederungspunkte dieses Informationsblattes können als Orientierung für die Erstellung des Ergänzungsberichts verwendet werden.

Datum
Unterschrift und Stempel der Therapeutin oder des Therapeuten

Pseudonymisierungscode:

Formblatt 5

Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

(Den Bericht bitte in einen verschlossenen als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.)

auf Veranlassung von (Name der Therapeutin oder des Therapeuten)

Person (Pseudonymisierungscode - wird von der Festsetzungsstelle vergeben)

□ Aufgrund ärztlicher Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung.
□ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich.

Art der Maßnahme:
Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):
Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnesischen Daten:
Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnose(n):
Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stationär/ambulant (z. B. laufende Medikation):
Befunde, die eine ärztliche/ärztlich-veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen liegen vor:
Befunde, die eine psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erforderlich machen, liegen vor:

□ Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist
□ erfolgt. □ veranlasst.

Folgende ärztliche/ärztlich-veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig:
Folgende ärztliche Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst:

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Pseudonymisierungscode:

Formblatt 6

Anschrift der Festsetzungsstelle

(Name und Anschrift der Gutachterin/des Gutachters)

Bundesbeihilfeverordnung

hier: Psychotherapie-Gutachten (Pseudonymisierungscode _____)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

ich bitte Sie um gutachterliche Stellungnahme zu einem Antrag auf Psychotherapie auf der beigefügten Formularvorlage Psychotherapie-Gutachten in Form eines

□ Gutachtens
□ Zweitgutachtens.

Neben den Angaben der Therapeutin oder des Therapeuten ist deren oder dessen Bericht und ggf. ein Konsiliarbericht der Ärztin oder des Arztes im verschlossenen Briefumschlag beigefügt.

Eine Schweigepflichtentbindung der zu behandelnden Person liegt der Festsetzungsstelle vor. Mit dieser wird die Ärztin oder der Arzt oder die Therapeutin oder der Therapeut von der Schweigepflicht entbunden und ermächtigt, der oder dem von der Festsetzungsstelle beauftragten Gutachterin oder Gutachter Auskunft zu geben. Ferner erklärt sich die zu behandelnde Person damit einverstanden, dass die Gutachterin oder der Gutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten:

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt

Gutachten vom: _____

Zahl der Sitzungen: _____

Name der Gutachterin oder des Gutachters _____

Eine Ausfertigung Ihres Psychotherapie-Gutachten für die Therapeutin oder den Therapeuten senden Sie bitte direkt an die Therapeutin oder den Therapeuten im dafür vorgesehenen Freiumschlag. Die andere Ausfertigung für die Festsetzungsstelle einschließlich Ihrer Rechnung in Anlehnung an die Gutachterhonorar-Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband senden Sie bitte unter Verwendung des zweiten Freiumschlags an mich zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen: Unterlagen der Therapeutin oder des Therapeuten
3 Formulare zur Erstellung Psychotherapie-Gutachten
2 Freiumschläge

Pseudonymisierungscode

Formblatt 7.1

Name und Anschrift der Gutachterin oder des Gutachters	**Datum**

Anschrift Festsetzungsstelle

Ausfertigung für die Festsetzungsstelle

Psychotherapie-Gutachten

Pseudonymisierungscode	
Auftragsschreiben vom	

Die Voraussetzungen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie sind für die Behandlungsform

□	Analytische Psychotherapie (AP)	□	Systemische Therapie (ST)
□	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	□	Verhaltenstherapie (VT)

als

□	erfüllt anzusehen	□	nicht erfüllt anzusehen

		Zahl der Sitzungen für die zu behandelnde Person	Zahl der Sitzungen für den Einbezug von Bezugspersonen
□	ausschließlich Einzelbehandlung		
□	ausschließlich Gruppenbehandlung		
□	Kombinationsbehandlung mit		

□ überwiegend Einzelbehandlung		
□ überwiegend Gruppenbehandlung		
□ Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten		

Pseudonymisierungscode:

Begründung der Gutachterin oder des Gutachters nur für die Therapeutin oder den Therapeuten:



Kurzbegründung der Gutachterin oder des Gutachters bei Fehlen der medizinischen Notwendigkeit der vorgesehenen Psychotherapie und/oder fehlender Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten:

□ Es werden Störungen beschrieben, die nicht den in § 18a Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) genannten Indikationen zuzuordnen sind.

□ Das Störungsmodell, das systemische Erklärungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines der in §§ 19 bis 20a BBhV genannten Psychotherapieverfahren ist nicht hinreichend erkennbar.

□ Das vorgesehene Psychotherapieverfahren bzw. der methodische Ansatz lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht in ausreichendem Maß erwarten oder gehört zu den Verfahren, deren Aufwendungen nach Abschnitt 1 der Anlage 3 zu den §§ 18 bis 21 BBhV nicht beihilfefähig sind.

□ Die Voraussetzungen bei der zu behandelnden Person oder deren Lebensumstände lassen für das beantragte Psychotherapieverfahren einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten.

□ Die in den Abschnitten 3 bis 5 der Anlage 3 zu den §§ 18 bis 21 BBhV genannten Anforderungen für die Durchführung der jeweiligen Behandlung werden von der Therapeutin oder dem Therapeuten nicht erfüllt.

ggf. Erläuterung:

Datum, Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters

Formblatt 7.2

Name und Anschrift der Gutachterin oder des Gutachters	**Datum**

Anschrift Therapeut oder Therapeutin

<u>Ausfertigung für die Therapeutin oder den Therapeuten</u>

Diese Ausfertigung ist im beigefügten Umschlag direkt an die Therapeutin oder den Therapeuten zu übersenden.

Psychotherapie-Gutachten

Pseudonymisierungscode	
Auftragsschreiben vom	

Die Voraussetzungen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie sind für die Behandlungsform

□ Analytische Psychotherapie (AP)	□ Systemische Therapie (ST)
□ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	□ Verhaltenstherapie (VT)

als

□ erfüllt anzusehen	□ nicht erfüllt anzusehen

	Zahl der Sitzungen für die zu behandelnde Person	Zahl der Sitzungen für den Einbezug von Bezugspersonen
□ ausschließlich Einzelbehandlung		
□ ausschließlich Gruppenbehandlung		
□ Kombinationsbehandlung mit		
□ überwiegend Einzelbehandlung		
□ überwiegend Gruppenbehandlung		
□ Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten		

Begründung der Gutachterin oder des Gutachters nur für die Therapeutin oder den Therapeuten:

Kurzbegründung der Gutachterin oder des Gutachters bei Fehlen der medizinischen Notwendigkeit der vorgesehenen Psychotherapie und/oder fehlender Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten:

□ Es werden Störungen beschrieben, die nicht den in § 18a Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) genannten Indikationen zuzuordnen sind.

□ Das Störungsmodell, das systemische Erklärungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines der in §§ 19 bis 20a BBhV genannten Psychotherapieverfahren ist nicht hinreichend erkennbar.

□ Das vorgesehene Psychotherapieverfahren bzw. der methodische Ansatz lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht in ausreichendem Maß erwarten oder gehört zu den Verfahren, deren Aufwendungen nach Abschnitt 1 der Anlage 3 zu den §§ 18 bis 21 BBhV nicht beihilfefähig sind.

□ Die Voraussetzungen bei der zu behandelnden Person oder deren Lebensumstände lassen für das beantragte Psychotherapieverfahren einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten.

□ Die in den Abschnitten 3 bis 5 der Anlage 3 zu den §§ 18 bis 21 BBhV genannten Anforderungen für die Durchführung der jeweiligen Behandlung werden von der Therapeutin oder dem Therapeuten nicht erfüllt.

ggf. Erläuterung:

Datum, Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters

Formblatt 7.3

Name und Anschrift der Gutachterin oder des Gutachters	**Datum**

Anschrift Festsetzungsstelle

<u>Ausfertigung für die Gutachterin oder den Gutachter</u>

Psychotherapie-Gutachten

Pseudonymisierungscode	
Auftragsschreiben vom	

Die Voraussetzungen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie sind für die Behandlungsform

□ Analytische Psychotherapie (AP)	□ Systemische Therapie (ST)
□ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	□ Verhaltenstherapie (VT)

als

□ erfüllt anzusehen	□ nicht erfüllt anzusehen

	Zahl der Sitzungen für die zu behandelnde Person	Zahl der Sitzung für den Einbezug von Bezugspersonen
□ ausschließlich Einzelbehandlung		
□ ausschließlich Gruppenbehandlung		
□ Kombinationsbehandlung mit		
□ überwiegend Einzelbehandlung		
□ überwiegend Gruppenbehandlung		
□ Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten		

Begründung der Gutachterin oder des Gutachters nur für die Therapeutin oder den Therapeuten:

Kurzbegründung der Gutachterin oder des Gutachters bei Fehlen der medizinischen Notwendigkeit der vorgesehenen Psychotherapie und/oder fehlender Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten:

□ Es werden Störungen beschrieben, die nicht den in § 18a Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) genannten Indikationen zuzuordnen sind.

□ Das Störungsmodell, das systemische Erklärungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines der in §§ 19 bis 20a BBhV genannten Psychotherapieverfahren ist nicht hinreichend erkennbar.

□ Das vorgesehene Psychotherapieverfahren bzw. der methodische Ansatz lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht in ausreichendem Maß erwarten oder gehört zu den Verfahren, deren Aufwendungen nach Abschnitt 1 der Anlage 3 zu den §§ 18 bis 21 BBhV nicht beihilfefähig sind.

□ Die Voraussetzungen bei der zu behandelnden Person oder deren Lebensumstände lassen für das beantragte Psychotherapieverfahren einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten.

□ Die in den Abschnitten 3 bis 5 der Anlage 3 zu den §§ 18 bis 21 BBhV genannten Anforderungen für die Durchführung der jeweiligen Behandlung werden von der Therapeutin oder dem Therapeuten nicht erfüllt.

ggf. Erläuterung:

Datum, Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters

Formblatt 8

Anschrift der Festsetzungsstelle

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person)	

Datum

Bundesbeihilfeverordnung

hier: Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie
Ihr Antrag vom …

Sehr geehrte(r) Frau/Herr …

auf Ihren Antrag vom _____ ergeht folgender

Bescheid

Aufgrund des Psychotherapie-Gutachtens vom _____ werden die Aufwendungen einer

□ tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

□ analytischen Psychotherapie

□ Verhaltenstherapie

□ Systemischen Therapie

für _____ durch _____

(Name der zu behandelnden Person) (Name der Therapeutin oder des Therapeuten)

für eine

□ ausschließliche Einzelbehandlung mit bis zu – weiteren – _____ Sitzungen

□ ausschließliche Gruppenbehandlung mit bis zu – weiteren – _____ Sitzungen

□ Kombinationsbehandlung mit bis zu – weiteren – _____ Sitzungen mit

- □ überwiegend Einzelbehandlung
- □ überwiegend Gruppenbehandlung

□ begleitende Behandlung der Bezugsperson mit bis zu – weiteren – _____ Sitzungen

nach Maßgabe der Bundesbeihilfevorordnung als beihilfefähig anerkannt.

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch bei der *(genaue Anschrift der Festsetzungsstelle)* erhoben werden.

Mit freundlichen Grüßen