

Formblatt 1

**Antrag auf Anerkennung der
Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für
ambulante Psychotherapie in
Langzeittherapie**

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
Bezugstelle Dresden
Referat 339/D - Beihilfe
Postfach 10 06 55
01076 Dresden

Beihilfeberechtigte Person	
Org./Personalnummer	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)	

1. Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie für folgende Person:

- Beihilfeberechtigte Person
- Berücksichtigungsfähige Person

Name	Vorname	Geburtsdatum

_____ Datum

_____ Unterschrift der beihilfeberechtigten Person

Formblatt 2

Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)

2. Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige

Frau/Herrn

dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde ihn von der Schweigepflicht des Arztes oder Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeuten genannt) und bin damit einverstanden, dass der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Datum

Unterschrift der zu behandelnden Person oder des gesetzlichen Vertreters

--

3. Bescheinigung des Therapeuten

a) Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

b) Welcher Art ist die Psychotherapie?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erstbehandlung | <input type="checkbox"/> Verlängerung/Folgebehandlung |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> Systemische Therapie |

c) Welche Anwendungsform ist geplant und mit wie vielen Sitzungen ist insgesamt zu rechnen?

ausschließlich

<input type="checkbox"/> Einzelbehandlungen mit	Anzahl an Sitzungen	□
---	---------------------	---

<input type="checkbox"/> Gruppenbehandlung/Mehrpersonensetting mit	Anzahl an Sitzungen	□
--	---------------------	---

Kombinationsbehandlung mit

<input type="checkbox"/> überwiegend Einzelbehandlung mit	Anzahl Einzelsitzungen	□	Anzahl Gruppensitzungen	□
---	------------------------	---	-------------------------	---

<input type="checkbox"/> überwiegend Gruppenbehandlung mit	Anzahl Einzelsitzungen	□	Anzahl Gruppensitzungen	□
--	------------------------	---	-------------------------	---

die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt
(In diesen Fällen muss jeder Therapeut ein Formblatt 3 ausfüllen.)

d) Werden Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Anzahl der Sitzungen	□
-------------------------------	-----------------------------	----------------------	---

e) Wie viele Sitzungen wurden bereits durchgeführt?

von	bis	Anzahl Einzelsitzungen	□	Anzahl Gruppensitzungen/ Mehrpersonensetting	□
-----	-----	------------------------	---	---	---

f) Wurden zusätzlich zu e) Akutbehandlungen durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Anzahl der Sitzungen	□
-------------------------------	-----------------------------	----------------------	---

g) Vergütung

Gebührennummern	□	Gebührenhöhe je Sitzung in Euro	□
-----------------	---	---------------------------------	---

h) Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

von	bis	Anzahl an Sitzungen	□
-----	-----	---------------------	---

4. **Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

4.1 **Ärzte**

- Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

- Arzt mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“
verliehen: **vor** dem 1. April 1984 **nach** dem 1. April 1984
- Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie - fachgebunden -
- Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychoanalyse

- Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Schwerpunkt Verhaltenstherapie
- Schwerpunkt Systemische Therapie

Eine Berechtigung liegt vor zur Behandlung

- in Gruppen
- von Kindern und Jugendlichen

4.2 **Psychologische Psychotherapeuten/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

4.2.1 Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) in der jeweils geltenden Fassung

Datum der Approbation als

- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welches der nachfolgend anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ vor?

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

bei Erwachsenen Kindern und Jugendlichen zur Behandlung in Gruppen

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte

4.2.2 Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung

Datum der Approbation als

- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer

Gegebenenfalls Eintrag in das Arztregister bei KV

Für welches nachfolgend anerkannte Behandlungsverfahren liegt bezogen auf die KV-Zulassung oder Eintragung in das Arztregister eine vertiefte Ausbildung im Sinne von § 12 PsychThG in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung vor?

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

bei Erwachsenen Kindern und Jugendlichen zur Behandlung in Gruppen

Verfügen Sie gegebenenfalls über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31. Dezember 1998 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut?

- Nein
- Ja, für
 - tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) analytische Psychotherapie
 - Verhaltenstherapie

Name und Ort des Instituts

Datum des Abschlusses

Datum

Unterschrift und Stempel des Therapeuten

Formblatt 4

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als VERTRAULICHE MEDIZINISCHE UNTERLAGEN gekennzeichneten Umschlag der Beihilfefestsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter zu übersenden!

Absender - Name und Anschrift des Therapeuten

**Bericht an den Gutachter
zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie**

I. Angaben über den Patienten

Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)			
Alter	Geschlecht	Familienstand	Beruf

II. Angaben über die Behandlung

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

III. Bericht des Therapeuten zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie

Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:

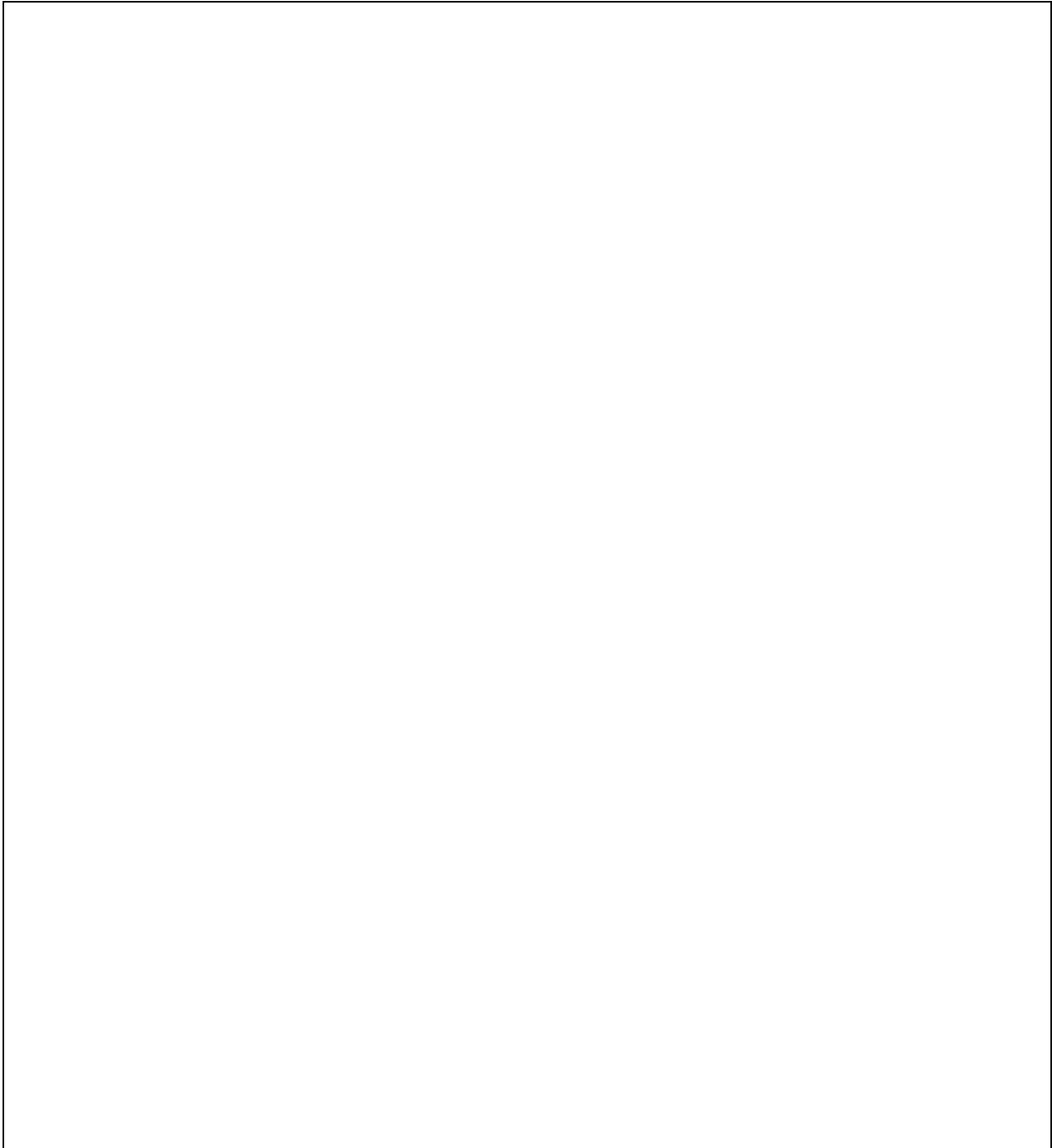
1. **Spontanangaben** des Patienten zu seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, gegebenenfalls bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, gegebenenfalls von wem veranlasst? Therapieziele des Patienten (bei Kindern und Jugendlichen auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer/psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlussbericht beifügen.
2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei Kindern und Jugendlichen auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts. Psychopathologischer Befund (zum Beispiel Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).

3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung des Patienten in seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei Kindern und Jugendlichen auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.
5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltensexzessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.
Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik.
Beschreibung von Verhaltensaktiva und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.
6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, gegebenenfalls unter Beifügung der Befundberichte
7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit gegebenenfalls gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; gegebenenfalls Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.
8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung. Bei Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen oder Menschen mit einer geistigen Behinderung: Soll bei einer begleitenden Behandlung der Bezugspersonen vom Regelverhältnis 1:4 abgewichen werden, muss dies begründet werden.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1 bis 3 und 5 des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, gegebenenfalls testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose oder Differentialdiagnose.
2. **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, gegebenenfalls neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit des Patienten und gegebenenfalls der Bezugspersonen.

3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und gegebenenfalls Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen des Patienten.



Datum

Unterschrift und Stempel des Therapeuten

Formblatt 5

Den Bericht bitte in einem als VERTRAULICHE MEDIZINISCHE UNTERLAGEN gekennzeichneten Umschlag übersenden!

Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

auf Veranlassung von

Name des Therapeuten

Patient

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 anamnestischen Daten:

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnose(n):

- Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stationär/ambulant (zum Beispiel laufende Medikation):

- Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

- Befunde, die eine psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

- Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist
 erfolgt. veranlasst.

Welche ärztlichen/ärztlich veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Formblatt 6**Pseudonymisierungscode**

Das Gutachten bitte in dem beigefügten, als VERTRAULICHE MEDIZINISCHE UNTERLAGEN gekennzeichneten Umschlag der Beihilfefestsetzungsstelle übersenden!

Psychotherapie-Gutachten**Auftragsschreiben vom****Therapieform**

<input type="checkbox"/>	Tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie
<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Systemische Therapie

Wie viele Sitzungen sind notwendig?

	Anzahl der notwendigen Sitzungen bei ausschließlich		Anzahl der notwendigen Sitzungen bei Kombinationsbehandlung mit überwiegend	
	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung/ Mehrpersonensetting	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung/ Mehrpersonensetting
Für die zu behandelnde Person				
Für die begleitende Psychotherapie der Bezugsperson				

Stellungnahme

Datum

Unterschrift und Stempel des Gutachters