

Fünfte Landesverordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz

A. Problem und Regelungsbedürfnis

Die Beihilfenverordnung soll mit dem Ziel novelliert werden,

- die Regelungen, die seit der letzten Änderung der Beihilfenverordnung im Vorgriff erlassen wurden, in die Beihilfenverordnung aufzunehmen,
- dem Änderungsbedarf Rechnung zu tragen, der sich bei der praktischen Anwendung der Beihilfenverordnung und der Rechtsprechung ergeben hat, und
- Verfahrensregeln für die elektronische Datenübermittlung und Direktabrechnung zwischen Leistungserbringern und der Festsetzungsstelle zu konkretisieren.

B. Lösung

Erlass dieser Verordnung.

C. Alternativen

Keine.

D. Kosten

Die Änderungsverordnung enthält sowohl Elemente, die im Einzelfall zu höheren Beihilfeausgaben führen, als auch solche, die zu Einsparungen führen. Insgesamt wird erwartet, dass die Mehrausgaben durch die Minderausgaben ausgeglichen werden.

E. Zuständigkeit

Federführend ist das Ministerium der Finanzen.

**Fünfte Landesverordnung
zur Änderung der Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz
Vom ...**

Aufgrund des § 66 Abs. 5 Landesbeamtengesetz vom 20. Oktober 2010, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2018 (GVBl. S. 448), BS 2030-1, wird im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern und für Sport verordnet:

Artikel 1

Die Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz vom 22. Juni 2011 (GVBl. S. 199), zuletzt geändert durch Verordnung vom 3. Mai 2019 (GVBl. S. 67), BS 2030-1-50, wird wie folgt geändert:

1. § 8 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 1 wird gestrichen.
 - bb) Die bisherigen Nummern 2 bis 8 werden Nummern 1 bis 7.
 - b) Absatz 7 erhält folgende Fassung:

„(7) Aufwendungen für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die in Anlage 1

 1. Nummer 1 aufgeführt sind, gelten als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt und sind nicht beihilfefähig (Ausschluss) und
 2. Nummer 2 aufgeführt sind, sind nur unter den jeweils dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig (Teilausschluss).“
2. In § 10 Abs. 3 wird das Wort „zweifachen“ durch die Worte „auf 100 vom Hundert erhöhten“ ersetzt.
3. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:
„Gemeinsame Vorschriften über psychotherapeutische Leistungen“
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach der Klammerangabe „(§ 20)“ die Worte „und Systemischen Therapie (§ 20 a)“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 wird die Verweisung „Anlage 2 Nr. 2 bis 4“ durch die Verweisung „Anlage 2 Nr. 2 bis 5 ersetzt“.
- c) In Absatz 3 Satz 2 wird die Verweisung „§§ 19 bis 20“ durch die Verweisung „§§ 19 bis 20 a“ ersetzt.
- d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Erwachsenen“ durch die Worte „Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Verweisung „Anlage 2 Nr. 5“ durch die Verweisung „Anlage 2 Nr. 6 ersetzt“.
- e) In Absatz 8 Satz 1 werden die Worte „Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ durch die Worte „Therapeuten nach Anlage 2 Nr. 2 bis 5“ ersetzt.
- f) In Absatz 9 Nr. 1 wird die Verweisung „§§ 18 bis 20“ durch die Verweisung „§§ 18 bis 20 a“ ersetzt.

4. In 19 Abs. 4 wird folgender neue Satz 3 eingefügt:

„Satz 2 gilt nicht für die Behandlung von Personen mit einer geistigen Behinderung mit einer Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM).“

5. Nach § 20 wird folgender neue § 20 a eingefügt:

„§ 20 a

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:

Behandlungsabschnitt	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Stufe 1	36 Sitzungen	36 Sitzungen
Stufe 2	weitere 12 Sitzungen	weitere 12 Sitzungen

§ 19 Abs. 1 Satz 2 bis 5 gelten entsprechend.“

6. § 21 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Abweichend von Absatz 1 sind auch die Aufwendungen beihilfefähig für verordnete Arzneimittel zur

1. Vorbeugung gegen Rachitis und Karies für Personen bis zum vollendeten dritten Lebensjahr und
2. Präexpositionsprophylaxe bei Personen mit substantiellen HIV-Infektionsrisiko, die das 16. Lebensjahr vollendet haben.“

7. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Aufwendungen für Leistungen von Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen, aber nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, sind wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, die allgemeinen Krankenhausleistungen bis zu dem Betrag, der sich aus folgenden Elementen zusammensetzt:

a) Fallpauschalenentgelt,

dieses ist das Produkt des einheitlichen Bundesbasisfallwerts gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG multipliziert mit der maßgeblichen Bewertungsrelation gemäß

aa) Teil a des DRG-Fallpauschalen-Katalogs nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG oder

bb) Teil b des DRG-Fallpauschalen-Katalogs nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG, sofern das Krankenhaus vergleichbar einer Belegklinik geführt wird,

unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer,

b) Pflegeentgelt,

dies ist das Produkt des in § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG festgelegten Betrages multipliziert mit der maßgeblichen Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2a KHEntgG unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer,

c) Zusatzentgelt,

wenn Leistungen in Anspruch genommen werden, für die

aa) bundeseinheitlich Zusatzentgelte gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG vereinbart worden sind, bis zu der bundeseinheitlich vereinbarten Höhe nach Anlage 2 und 5 des Zusatzentgelte-Kataloges oder

bb) krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte gemäß § 11 KHEntgG zu vereinbaren sind, bis zu 600,00 Euro für jedes Zusatzentgelt nach Anlage 4 und 6 des Zusatzentgelte-Kataloges.

2. bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden, bis zu dem Betrag, der sich aus folgenden Elementen zusammensetzt:

a) tagesbezogenes Entgelt,

b) dieses ist das Produkt der ausgewiesenen maßgeblichen Bewertungsrelation der Vergütungsklasse nach Anlage 1a oder Anlage 2a bzw. Anlage 5 des nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 BPfIV vereinbarten Kataloges multipliziert mit 280,00 EUR und der Anzahl der Berechnungstage,

c) Zusatzentgelt,

wenn Leistungen in Anspruch genommen wurden, für die

aa) bundeseinheitlich Zusatzentgelte gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2 BPfIV vereinbart worden sind, bis zu der bundeseinheitlich vereinbarten Höhe nach Anlage 3 des Entgeltkataloges oder

bb) krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte gemäß § 11 BPfIV zu vereinbaren sind, bis zu 600,00 Euro für jedes Zusatzentgelt nach Anlage 4 des Zusatzentgelte-Kataloges."

b) In Absatz 2 Nr. 2 werden die Worte „der oberen Korridorgrenze“ gestrichen.

8. Nach § 31 wird folgender neue § 31a eingefügt:

„§ 31 a

Kommunikationshilfen

- (1) Aufwendungen für geeignete Kommunikationshilfen sind beihilfefähig, wenn
1. die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person gehörlos, hochgradig schwerhörig, ertaubt oder sprachbehindert ist, und
 2. im Einzelfall der Informationsfluss zwischen Leistungserbringer und beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Person nur so gewährleistet werden kann.

Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe einer Vergütung in entsprechender Anwendung des Justizvergütungs- und –entschädigungsgesetzes.“

9. § 43 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 werden die Worte „nur bei einer Leistungserbringung durch von der Deutschen Krebshilfe zugelassene Zentren und“ gestrichen.
- b) In Absatz 5 Satz 2 wird die Verweisung „§ 22 Abs. 1 Satz 3 oder von einer Diätassistentin oder einem Diätassistenten“ durch die Verweisung „Anlage 3 zu § 22“ ersetzt.

10. In § 48 a wird Satz 2 und 3 durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Aufwendungen sind bis zu der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Vergütungshöhe beihilfefähig.“

11. § 62 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 wird die Verweisung „§ 29 Satz 4“ gestrichen.
- b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) Folgender neue Satz 2 wird eingefügt:

„Der Beihilfebescheid kann vollständig durch automatisierte Einrichtungen erlassen werden, sofern kein Anlass besteht, den Einzelfall durch Amtsträger zu bearbeiten.“
 - bb) In Satz 4 werden die Worte „Der Verwaltungsakt gilt“ durch die Worte „Im Falle einer elektronischen Bescheidung gilt der Verwaltungsakt“ eingefügt.

c) Absatz 9 wird gestrichen.

12. § 63 erhält folgende Fassung:

„§ 63

Auszahlung der Beihilfe, Direktabrechnung und Abschlagszahlungen

(1) Die Auszahlung der Beihilfe an unmittelbare Landesbeamtinnen und Landesbeamten erfolgt auf das Bezügekonto oder wenn ein solches nicht vorhanden ist, auf ein von der beihilfeberechtigten Person benanntes Konto. Nach dem Tod der beihilfeberechtigten Person kann Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tod mit befreiender Wirkung auch auf das Konto nach Satz 1 gezahlt werden.

(2) Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe – gegebenenfalls im Rahmen eines elektronischen Datenaustauschverfahrens – direkt an einen Leistungserbringer oder von diesem beauftragten Rechnungssteller zahlen (Direktabrechnung). Die Direktabrechnung

1. ohne elektronischen Datenaustausch ist nur zulässig, bei stationären Krankenhausleistungen von zugelassenen Krankenhäusern, wenn das Land für die unmittelbaren Landesbeamtinnen und Landesbeamten eine Rahmenvereinbarung über die Direktabrechnung abgeschlossen hat oder einer entsprechenden Rahmenvereinbarung des Bundes beigetreten ist; dies gilt für mittelbare Landesbeamtinnen und Landesbeamte von Dienstherrn nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 und 3 LBG und deren Festsetzungsstellen entsprechend, wenn der Dienstherr einer der vorgenannten Rahmenvereinbarungen beigetreten ist.

2. mit elektronischem Datenaustausch ist nur zulässig, wenn unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der Technik, sichergestellt ist, dass die Vertraulichkeit und Integrität personenbezogener Daten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträger gewahrt wird und die Authentizität der an der Übermittlung beteiligten Stellen jederzeit überprüft und festgestellt werden kann, und die Festsetzungsstelle den Datenaustausch und die Direktabrechnung zulässt.

Voraussetzung für die Direktabrechnung – gegebenenfalls im Rahmen eines elektronischen Datenaustauschverfahrens – ist, dass

a) die beihilfeberechtigte Person die Direktabrechnung beantragt,

- b) die beihilfeberechtigte Person in die unmittelbare Zahlung der Beihilfe von der Festsetzungsstelle an den Leistungserbringer oder dessen Rechnungssteller einwilligt,
- c) die behandelte beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person den Leistungserbringer oder den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle, soweit dies zur Prüfung des Zahlungsanspruches erforderlich ist, im Einzelfall von der ärztlichen Schweigepflicht entbindet und
- d) die beihilfeberechtigte Person sich bereit erklärt, dass die Festsetzungsstelle abrechnungsrelevante Fragen unmittelbar mit dem Leistungserbringer oder dessen Rechnungssteller klärt,
- e) sowie im Falle eines Datenaustausches die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person in die Datenverarbeitung einwilligt.

Auch im Falle einer Direktabrechnung ist der beihilfeberechtigten Person der Beihilfebescheid bekanntzugeben. Ersatzansprüche gegen Leistungserbringer oder den Rechnungssteller infolge unrichtiger Abrechnung werden nach vorangegangener Direktabrechnung gemäß § 72 Abs. 2 LBG übergeleitet.

(3) Abweichend von Absatz 1 und 2 kann die Festsetzungsstelle die Beihilfe in den Fällen des § 2 Satz 4 BVO sowie § 93 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder auf Antrag der beihilfeberechtigten Personen in begründeten Ausnahmefällen auch an Dritte, die keine Leistungserbringer oder Rechnungssteller sein müssen, auszahlen.

(4) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag auf eine zu erwartende Beihilfe angemessene Abschlagszahlungen leisten. Sind Beihilfen nach § 36 Abs. 5 und 9 oder § 39 zu gewähren, sind für die Dauer von jeweils sechs Monaten Abschläge zu zahlen.“

13. In § 66 Abs. 3 werden nach dem Wort „beihilfeberechtigte“ die Worte „und berücksichtigungsfähige“ eingefügt.

14. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

- a) Der Name der Anlage „Beihilfefähigkeit wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter Methoden“ wird in „Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ geändert.

- b) In der Nummer 1 wird nach der Methode „Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung“ die Methode „Hornhautimplantation, refraktiv zur Korrektur der Presbyopie“ eingefügt.
- c) Nummer 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Der Einleitungssatz „Die Aufwendungen für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden sind teilweise von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.“ wird durch den Satz „Die Aufwendungen für folgende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nur unter den genannten Voraussetzungen beihilfefähig.“ ersetzt.
- bb) Die Methode
„- Chirurgischer Hornhauteingriff zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit durch Laser
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn
- eine Korrektur der Fehlsichtigkeit durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher oder gegebenenfalls sonstiger fachärztlicher Feststellung objektiv nicht möglich ist, in Zweifelsfällen ist ein Gutachten einzuholen, und
- die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit des Eingriffs vorher schriftlich anerkannt hat.“
wird gestrichen.
- cc) Nach der Methode
„- Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebserkrankungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.“
wird folgende Methode eingefügt:
„- Visus verbessernde Maßnahmen
a) Austausch natürlicher Linsen
Bei einer reinen Visus verbessernden Operation sind Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn der Austausch unerlässlich ist, weil auf anderem Weg eine Verbesserung des Visus nicht erreicht werden kann. Die Aufwendungen der Linsen sind dabei nur bis zu 300,00 Euro pro Auge beihilfefähig. Satz 2 gilt auch für Linsen bei einer Kataraktoperation.

- b) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher oder sonstiger fachärztlicher Feststellung objektiv nicht möglich ist.
- c) Implantation einer additiven Linse, auch Add-on-Intraokularlinse
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation unerlässlich ist und auf keinem anderen Weg eine Verbesserung des Visus erreicht werden kann.
- d) Implantation einer phaken Intraokularlinse
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation unerlässlich ist und auf keinem anderen Weg eine Verbesserung des Visus erreicht werden kann.

Vor Aufnahme der Behandlung nach Buchstabe a Satz 1 und Buchstabe b bis d ist die schriftliche Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.“

15. Anlage 2 erhält die aus der Anlage I ersichtliche Fassung.

16. Anlage 3 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 15 Satz 2 Buchstabe d wird wie folgt geändert:
 - aa) In Doppelbuchstabe cc wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - bb) Folgender Doppelbuchstabe wird angefügt:
 - „dd) Behandlung von Knorpelschaden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sog. minced cartilage) und“.
- b) Vor der Nummer 49 wird der Satz „Die Behandlung nach den Nummern 49 bis 53 müssen von einer der folgenden Personen durchgeführt werden:
 - einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten oder
 - einer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten.“ durch den Satz „Die Behandlungen nach den Nummern 49 bis 53 und evtl. zusätzlich erforderlicher Behandlungen nach den Nummern 38 bis 40 müssen von einer der folgenden Personen durchgeführt werden:

- einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten oder
- einer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten.“ ersetzt.

17. Anlage 4 wird wie folgt geändert:

- a) Abschnitt I Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach den Worten „Decubitus-Schutzmittel (z. B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße),“ wird das Wort „Defibrillatorweste“ eingefügt.
 - bb) Nach den Worten „Ekzem-Manschette,“ wird das Wort „Elektromobil bis zu 2.500,00 Euro,“ eingefügt.
 - cc) Nach dem Wort „Einlagen,“ werden die Worte „individuell gefertigte“ eingefügt.
- b) In Abschnitt I Nummer 2 wird folgende Nummer angefügt:
„2.6 Aufwendungen für elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgaben für Blinde nach ärztlicher Verordnung.“
- c) In Abschnitt II wird das Wort „Elektrofahrzeuge“ gestrichen.

18. Anlage 6 wird wie folgt geändert:

- a) Im Satz 2 wird der Doppelpunkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„wenn diese Leistungen von in einer in Nummer 5 aufgeführten Klinik erbracht werden.“
- b) Folgende Nummer 5 wird angefügt:
„5. Leistungserbringer können sein:
 - 5.1 Dresden
 Universitätsklinikum Dresden
 - 5.2 Düsseldorf
 Universitätsklinikum Düsseldorf
 - 5.3 Erlangen
 Universitätsklinikum Erlangen

- 5.4 Frankfurt
Universitätsklinikum Frankfurt
- 5.5 Göttingen
Universitätsklinikum Göttingen
- 5.6 Greifswald
Universitätsklinikum Greifswald
- 5.7 Hamburg
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
- 5.8 Hannover
Medizinische Hochschule Hannover
- 5.9 Kiel
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- 5.10 Köln
Universitätszentrum Köln
- 5.11 Leipzig
Universitätsklinikum Leipzig
- 5.12 München
Klinikum rechts der Isar
Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität
- 5.13 Münster
Universitätsklinikum Münster
- 5.14 Regensburg
Universitätsklinikum Regensburg
- 5.15 Tübingen
Universitätsklinikum Tübingen
- 5.16 Ulm
Universitätsklinikum Ulm
- 5.17 Würzburg
Universitätsklinikum Würzburg"

19. Anlage 7 Teil B Nr. 1 wird wie folgt geändert:

- a) Bei dem Land „Österreich“ wird nach dem Ort „Bad Hofgastein“ der Ort „Bad Ischl“ eingefügt.

- b) Nach dem Land „Slowakei“ wird das Land „Slowenien“ mit dem Ort „Moravske Toplice (Therme 3000)“ eingefügt.

20. Anlage 8 erhält die aus der Anlage II zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

21. Die Inhaltsübersicht wird entsprechend den vorstehenden Bestimmungen geändert.

Artikel 2

Es treten in Kraft:

1. Artikel 1 Nr. 2 mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 und
2. die Verordnung im Übrigen am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden zweiten Kalendermonats.

Mainz, den ...

Die Ministerin der Finanzen

Doris Ahnen

Anlage I
(zu Artikel 1 Nr. 15)

Anlage 2
(zu den §§ 17 bis 20 a)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1 Psychotherapeutische Leistungen

1.1 Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- Familientherapie,
- Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,
- Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers),
- Gestalttherapie,
- Körperbezogene Therapie,
- Konzentrierte Bewegungstherapie,
- Logotherapie,
- Musiktherapie,
- Heileurhythmie,
- Psychodrama,
- Respiratorisches Biofeedback,
- Transaktionsanalyse.

1.2 Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 17 bis 20 a gehören Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind. Entsprechendes gilt für Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung, sowie für Paar- und Familienberatung für heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie für psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

2 Psychosomatische Grundversorgung

2.1 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für

- Allgemeinmedizin,

- Augenheilkunde,
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - Innere Medizin,
 - Kinder- und Jugendmedizin,
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - Neurologie,
 - Phoniatrie und Pädaudiologie,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 - Urologie
- durchgeführt wird.

2.2 Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von

- einer Ärztin oder einem Arzt,
 - einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychthG in der Fassung vom 15. November 2019 – BGBl. I S. 1604 – in der jeweils geltenden Fassung),
 - einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung,
 - einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung
- durchgeführt wird und diese Person über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Interventionen verfügt.

3 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

3.1 Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person folgende fachliche Befähigung haben:

- Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
- Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychotherapie – fachgebunden –“ oder „Psychoanalyse“.

Personen mit folgender fachlicher Befähigung

- Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder
- Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie
- Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychotherapie – fachgebunden –“

können nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte) erbringen.

3.2 Eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG in der Fassung vom 15. November 2019 – BGBl. I S. 1604 – in der jeweils geltenden Fassung) kann Leistungen für die für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie oder er eine Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat.

3.3 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).

3.4 Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung durchgeführt, muss diese Person

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

Die Person nach Satz 1 kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Verfügt die Person nach Satz 1 über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann sie tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte).

3.5 Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).

- 3.6 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung durchgeführt, muss diese Person
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

Die Person nach Satz 1 kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Verfügt die Person nach Satz 1 über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann sie tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte).

- 3.7 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung oder § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2, 3.3 oder 3.4, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psycho-

somatische Medizin und Psychotherapie erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2, 3.3 oder 3.4, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

4 Verhaltenstherapie

4.1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person folgende fachliche Befähigung haben:

- Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
- Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychotherapie – fachgebunden –“ oder „Psychoanalyse“.

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

4.2 Eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG in der Fassung vom 15. November 2019 – BGBl. I S. 1604 – in der jeweils geltenden Fassung) kann Leistungen für die für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie oder er eine Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat.

4.3 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

4.4 Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin, einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychothera-

peutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung durchgeführt, muss diese Person

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

4.5 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung oder § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2, 4.3 oder 4.4, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2, 4.3 oder 4.4, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

5 Systemische Therapie

5.1 Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person folgende fachliche Befähigung haben:

- Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

mit erfolgreicher Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.

5.2 Eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG in der Fassung vom 15. November 2019 – BGBl. I S. 1604 – in der jeweils geltenden Fassung) kann Leistungen für die für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie oder er eine Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat.

5.3 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung oder § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung kann Systemische Therapie erbringen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

6 Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

Aufwendungen für die Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Person nach den Nummern 3.1 bis 3.4 und 4.1 bis 4.3 und 5.1 bis 5.3 durchgeführt wird und diese Person über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Behandlungen verfügt.“

7 Formblätter

Für die Durchführung des Voranerkennungsverfahrens nach § 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 sind die nachfolgenden Formblätter zu verwenden:

Formblatt 1

Absenderangabe der beihilfeberechtigten Person:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl Wohnort
Personalnummer		

(Anschrift der Beihilfefestsetzungsstelle)
--

Ort,

Datum

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

Pseudonymisierungscode (wird von der Beihilfefestsetzungsstelle vergeben)	
---	--

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei übersende ich Ihnen den Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der beihilfeberechtigten Person

- Anlagen:
- Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie
 - Bericht an die Gutachterin/den Gutachter
 - Konsiliarbericht

Formblatt 2

**Antrag
auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie**

I. Pseudonymisierungscode (wird von der Beihilfefestsetzungsstelle vergeben)	
Ich bitte um die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie:	
<hr/>	
Ort, Datum, Unterschrift der beihilfeberechtigten Person	
II. Auskunft der Patientin/des Patienten	
1. Wer wird behandelt? <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigte Person <input type="checkbox"/> berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Abs. 1 BVO (Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartnerin/Lebenspartner) <input type="checkbox"/> berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Abs. 2 BVO (Tochter/Sohn) Geburtsdatum der Patientin/des Patienten: _____	
2. Schweigepflichtentbindung Ich ermächtige Frau/Herrn _____ der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle – ohne Bekanntgabe meines Namens – Auskunft zu geben und entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin/der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist. _____	
Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten	
III. Bescheinigung der Therapeutin/des Therapeuten	
1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt? Angabe der Diagnose: _____	
2. Liegt zusätzlich eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
3. Welcher Art ist die Psychotherapie? <input type="checkbox"/> Erstbehandlung <input type="checkbox"/> Verlängerung oder Folgebehandlung <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> Systemischen Therapie <input type="checkbox"/> für Erwachsene <input type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche	
4. Welche Anwendungsform ist geplant und mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen? <input type="checkbox"/> ausschließlich Einzelbehandlung mit _____ Einzelsitzungen <input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppenbehandlung mit _____ Gruppensitzungen <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit	

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> überwiegend Einzelbehandlung mit _____ Einzelsitzungen und _____ Gruppensitzungen <input type="checkbox"/> überwiegend Gruppenbehandlung mit _____ Einzelsitzungen und _____ Gruppensitzungen <input type="checkbox"/> die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt (In diesen Fällen muss jeweils jede Therapeutin/jeder Therapeut dieses Formblatt ausfüllen.)
<p>5. Werden Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; Anzahl der Sitzungen: _____
<p>6. Gebührenziffer(n) und Gebührenhöhe?</p> <p>Gebührenziffer(n): _____</p> <p>Gebührenhöhe je Sitzung: _____</p>
<p>7. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; von _____ bis _____ mit folgender Anzahl an Sitzungen: _____

Pseudonymisierungscode:

IV. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie
1. Ärztinnen und Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen!) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie<input type="checkbox"/> Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie<input type="checkbox"/> Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt mit folgender Zusatzbezeichnung:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Psychotherapie<ul style="list-style-type: none">verliehen: <input type="checkbox"/> vor dem 1. April 1984<input type="checkbox"/> nach dem 1. April 1984<input type="checkbox"/> Psychotherapie – fachgebunden –<input type="checkbox"/> Psychoanalyse <input type="checkbox"/> Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie<input type="checkbox"/> Schwerpunkt Verhaltenstherapie<input type="checkbox"/> Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie <p>Eine Berechtigung zur Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> in Gruppen<input type="checkbox"/> von Kindern und Jugendlichen <p>liegt vor.</p>
2. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten/Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Jugendlichenpsychotherapeuten (Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder lesbar ausfüllen!)
2.1. Psychotherapeutin oder Psychotherapeut nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG in der Fassung vom 15. November 2019 – BGBl. I S. 1604 – in der jeweils geltenden Fassung) <p>Datum der Approbation _____ mit erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung für folgendes anerkanntes Behandlungsverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie<input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie<input type="checkbox"/> Systemische Therapie <p>für die Behandlung von</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Erwachsenen<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen
2.2. Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung <p>Datum der Approbation _____ als</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut <p>Für welches nachfolgend anerkanntes Behandlungsverfahren liegt eine durch „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 Abs. 3 Nr. 1 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020</p>

geltenden Fassung und entsprechend Abschnitt 3.3 und 3.5 sowie Abschnitt 4.3 und 4.5 der Anlage 2 der BVO vor?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie

bei Erwachsenen Kindern und Jugendlichen in Gruppen

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung)

2.3. Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung (Übergangsregelung)

Datum der Approbation _____ als

- Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer: _____

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei der KV

Für welches nachfolgend anerkanntes Behandlungsverfahren liegt bezogen auf die KV-Zulassung oder Eintragung in das Arztregister eine „vertiefte Ausbildung“ nach §§ 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung und entsprechend Abschnitt 3.4 und 3.6 sowie Abschnitt 4.4 und 4.5 der Anlage 2 der BVO vor?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie

bei Erwachsenen Kindern und Jugendlichen in Gruppen

Verfügen Sie ggf. 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 Institutes _____

Datum des Abschlusses _____

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel der Therapeutin/des Therapeuten

Formblatt 3

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als VERTRAULICHE ARZTSACHE gekennzeichneten Umschlag der Beihilfefestsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin/den Gutachter zu übersenden.

Absender
Name und Anschrift der Therapeutin/des Therapeuten

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

I. Angaben über die Patientin/den Patienten

Pseudonymisierungscode (wird von der Beihilfefestsetzungsstelle vergeben)		Familienstand
Geburtsdatum	Geschlecht	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

III. Bericht der Therapeutin/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** der Patientin/des Patienten zu ihrem/seinem Beschwerdebild, dem bisherigen Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin/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 (z. B. Motorik, Affekt, Antrieb; Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).
3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung oder mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG in der Fassung vom 15. Novem-

ber 2019 – BGBl. I S. 1604 – in der jeweils geltenden Fassung) bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?

4. **Biografische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin/des Patienten in ihrer/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. **Psychodynamik der neurotischen Erkrankung:** Wie haben sich Biografie, Persönlichkeitsstruktur, Entwicklung intrapsychischer unbewusster Verarbeitungsweisen und spezifische Belastungscharakteristik einer auslösenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung anstehenden Störungen chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklung sind, ist darzulegen, welche Faktoren jetzt psychodynamisch relevant zur Dysfunktionalität oder Dekompensation geführt haben.
Bei Kindern und Jugendlichen: Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonalem Aspekt. Bei strukturellen Ich-Defekten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die o. g. Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.
6. **Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inklusive differentialdiagnostischer Erwägungen.
7. **Behandlungsplan,** indikative Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und der Darlegung realisierbarer erscheinender Behandlungszielsetzung. Die Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie niederfrequente Therapie sind, bezogen auf die Therapiezielsetzungen, besonders zu begründen. Spezielle Indikation für Gruppentherapie. Es muss in jedem Fall ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der zur Behandlung kommenden Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der jeweils begrenzten Behandlungsvolumina als erreichbar angesehen wird.
8. **Prognostische Einschätzung,** bezogen auf die Therapiezielsetzungen mit Begründung durch Beurteilung des Problembewusstseins der behandelten Person und ihrer Verlässlichkeit, ihrer partiellen Lebensbewältigung, sowie ihrer Fähigkeit oder Tendenz zur Regression, ihrer Flexibilität und ihren Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei Kindern und Jugendlichen auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten der behandelten Person, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differential-Diagnostik.
2. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbesondere der Bearbeitung der individuellen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbündnisses. Bei Kindern und Jugendlichen auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung der Therapeutin/des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit der behandelten Person, ihre Regressionsfähigkeit oder -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei Kindern und Jugendlichen Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.
3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin/des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten der behandelten Person, ihre Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.
4. Änderungen des Therapieplans mit Begründung.
5. Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf mit Begründung des wahrscheinlich noch notwendigen Behandlungsvolumens und der Behandlungsfrequenz unter Bezug auf die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin/des Patienten und Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.

IV. Bericht der Therapeutin/des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Klagen der Patientin/des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten ggf. auch Bericht der Angehörigen/Bezugspersonen der Patientin/des Patienten. (Warum kommt die Patientin/der Patienten zu eben diesem Zeitpunkt?)
2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin/ des Patienten und Krankheitsanamnese:**
 - a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
 - b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.
 - c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.
 - d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die

Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant/stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.

Bei Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen sind möglichst auch für die Verhaltensanalyse relevante Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Bezugspersonen zu machen.

3. **Psychischer Befund:** (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)
 - a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
 - b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
 - c) Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der anamnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).
4. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin/einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung oder mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG in der Fassung vom 15. November 2019 – BGBl. I S. 1604 – in der jeweils geltenden Fassung) bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltens excessen, 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 Verhaltensaktivität und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik der Patientin/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, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.
7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. 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. Bei Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Soll bei einer begleitenden Behandlung der Bezugspersonen vom Regelverhältnis 1:4 abgewichen werden, muss dies begründet werden. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1, 2, 3 und 5 des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen der Patientin/des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. 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, ggf. neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit der Patientin/des Patienten und ggf. der Bezugspersonen.
3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und ggf. Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen der Patientin/des Patienten.

Ort, Datum
Unterschrift und Stempel der Therapeutin/des Therapeuten

Formblatt 4

Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

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

auf Veranlassung von
Name der Therapeutin/des Therapeuten

Patient
Pseudonymisierungscode (wird von der Beihilfefestsetzungsstelle 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-, Verdachtsdiagnosen:

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 oder kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erforderlich machen, liegen vor:

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

Folgende ärztliche/ärztlich-veranlasste Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig:

Folgende ärztliche Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst:

Ausstellungsdatum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Formblatt 5

Absenderangabe der Beihilfefestsetzungsstelle

(Name und Anschrift der Gutachterin/des Gutachters)

Ort,

Datum

Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO); hier: Psychotherapie-Gutachten

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

hiermit bitte ich Sie um gutachterliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung

Pseudonymisierungscode _____

Neben dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit und Entbindung von der Schweigepflicht ist der Bericht der Therapeutin/des Therapeuten in einem verschlossenen Umschlag beigelegt.

(Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt

- Gutachten vom: _____
- Anzahl der Sitzungen: _____
- Name der Gutachterin/des Gutachters: _____)¹

Ihr Gutachten oder Obergutachten bitte ich mir in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes 6 nebst einer Rechnung über die Kosten in Höhe von 50,00 EUR für das Gutachten oder 85,00 EUR für das Obergutachten, ggfls. jeweils zuzüglich Umsatzsteuer, zuzuleiten.

¹ Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen:

- 1 Antrag auf Psychotherapie (Formblatt 2)
- 1 Bericht der Therapeutin/des Therapeuten
- 1 Psychotherapie-Gutachten in 3-facher Ausfertigung (Formblatt 6)
- 1 Freiumschlag

Formblatt 6

Psychotherapie-Gutachten

(Das Gutachten bitte in dem beigegeführten, als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Umschlag der Beihilfefestsetzungsstelle übersenden!)

für Pseudonymisierungscode	
unter Bezugnahme auf das Auftragschreiben vom	

Stellungnahme:

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?	bei ausschließlicher		bei Kombinationsbehandlung mit überwiegend	
	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
1. für die Patientin/den Patienten?				
2. für die begleitende Psychotherapie der Bezugsperson				

--	--	--	--	--

Ort, Datum
Unterschrift und Stempel der Gutachterin/des Gutachters

Formblatt 7

Absenderangabe der Beihilfefestsetzungsstelle

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person)

Ort,

Datum

**Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO);
hier: Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie
Ihr Antrag vom**

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

aufgrund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

- tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
- analytischen Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemischen Therapie

für _____ durch _____
(Name der Patientin/des Patienten) (Name der Therapeutin/des Therapeuten)

für eine

- ausschließlich Einzelbehandlung bis zu – weiteren – _____ Sitzungen
- ausschließlich Gruppenbehandlung bis zu – weiteren – _____ Sitzungen
- Kombinationsbehandlung mit bis zu – weiteren – _____ Sitzungen mit
 - überwiegend Einzelbehandlung
 - überwiegend Gruppenbehandlung

begleitende Behandlung der Bezugsperson bis zu – weiteren – _____ Sitzungen
nach Maßgabe der Beihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannt.

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist bei der oben genannten Beihilfefestsetzungsstelle schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage II

(zu Artikel 1 Nr. 20)

„Anlage 8

(zu § 21 Abs. 1 Nr. 3)

Beihilfefähige Medizinprodukte

Lfd. Nr.	Produktbezeichnung
0	
	1xklyisma salinisch
1	
1.1	ALCON BSS
1.2	AMO ENDOSOL
1.3	Ampuwa Spüllösung
1.4	Amvisc
1.5	Amvisc Plus
1.6	Aqua B. Braun
2	
2.1	Bausch & Lomb Balanced Salt Solution
2.2	BD PosiFlush SP
2.3	BD PosiFlush XS
2.4	belAir NaCl 0,9 %
2.5	BSS DISTRA-SOL
2.6	BSS PLUS (Alcon Pharma GmbH)
2.7	BSS STERILE SPÜLLÖSUNG (Alcon Pharma GmbH)
3	unbesetzt
4	
4.1	Dimet 20
4.2	Dk-line
4.3	DuoVisc
5	
5.1	EtoPril
5.2	Eye-Lotion Balanced Salt Solution
6	
6.1	Freka-Clyss
6.2	Freka Drainjet NaCl 0,9 %
6.3	Freka Drainjet Purisole SM verdünnt
7	unbesetzt
8	
8.1	Healon
8.2	HEALON5
8.3	HEALON GV
8.4	Hedrin Once Liquid Gel
8.5	HSO
8.6	HSO Plus
8.7	HYLO-GEL
9	
9.1	InstillaGel Lubr
9.2	IsoFree
9.3	ISOMOL
9.4	Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango)
10	unbesetzt
11	

11.1	Kinderlax elektrolytfrei
11.2	Klistier Fresenius
11.3	Kochsalz 0,9% Inhalat Pädia
12	unbesetzt
13	
13.1	Macrogol AbZ
13.2	Macrogol dura
13.3	Macrogolratiopharm
13.4	Macrogolratiopharm flüssig Orange
13.5	Macrogol TAD
13.6	Medicoforum Laxativ
13.7	Microvisc plus
13.8	mosquito med LäuseShampoo
13.9	mosquito med LäuseShampoo 10
13.10	MOVICOL
13.11	MOVICOL aromafrei
13.12	MOVICOL flüssig Orange
13.13	MOVICOL Junior aromafrei
13.14	MOVICOL Junior Schoko
13.15	MOVICOL Schoko
13.16	MOVICOL V
13.17	MucoClear 6 %
13.18	myVISC Hyal 1.0
14	
14.1	NaCl 0,9 % B. Braun
14.2	NaCl 0,9 % Fresenius Kabi
14.3	Natriumchlorid-Lösung 6 % zur Inhalation
14.4	Nebusal 7 %
14.5	NYDA
14.6	NYDA Läusespray
15	
15.1	OcuCoat
15.2	Oculentis BSS
15.3	Okta-line
15.4	OPTYLURON NHS 1,0 %
15.5	OPTYLURON NHS 1,4 %
15.6	Oxane 1300
15.7	Oxane 5700
16	
16.1	PädiaSalin 6 %
16.2	Paranix ohne Nissenkamm
16.3	PARI NaCl Inhalationslösung
16.4	ParkoLax
16.5	Pe-Ha-Luron 1,0 %
16.6	Pe-Ha-Visco (2,0 %)
16.7	Polyvisc 2,0 %
16.8	Polysol
16.9	ProVisc
16.10	PURI CLEAR
16.11	Purisolet SM verdünnt
17	unbesetzt
18	
18.1	Ringer B. Braun
18.2	Ringer Fresenius Spüllösung
19	
19.1	Saliva natura
19.2	Sentol
19.3	Serag BSS
19.4	Serumwerk-Augenspüllösung BSS
20	
20.1	TauroSept
20.2	TP SalineFlush
21	unbesetzt
22	

22.1	VISCOAT
22.2	VISMED
22.3	VISMED MULTI
23	unbesetzt
24	unbesetzt
25	unbesetzt
26	
26.1	Z-HYALIN

Begründung

A. Allgemeines

Die Verordnung dient im Wesentlichen der Überführung der seit der letzten Landesverordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung erlassenen Vorgriffsregelungen in materielles Recht. Gleichzeitig wird dem Änderungsbedarf Rechnung getragen, der sich aus der praktischen Anwendungen der Beihilfenverordnung und aus der Rechtsprechung ergeben hat. Ferner werden im Hinblick auf die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen Verfahrensregeln für die elektronische Datenübermittlung und Direktabrechnung zwischen Leistungserbringern und Beihilfefestsetzungsstelle konkretisiert, um auch in Zukunft eine effiziente und effektive Beihilfeabrechnung zu ermöglichen.

Die Aufhebung des Ausschlusses von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des bzw. der Behandelten (§ 8), die Aufnahme der Systemischen Therapie (§ 20 a), der Arzneimittel zur Präexpositionsprophylaxe (§ 21 Abs. 2 Nr. 2), Kommunikationshilfen (§ 31 a) sowie die Änderung bei den Heilbehandlungen (Anlage 3) und die Erweiterung der Hilfsmittelliste (Anlage 4) führen jeweils zu geringfügigen Mehrausgaben, die nicht näher quantifiziert werden können. Es wird davon ausgegangen, dass diese geringfügigen Mehrausgaben durch die mit der Änderung des § 26 Abs. 1 Nr. 2 verbundenen Minderausgaben ausgeglichen werden.

Eine Gesetzesfolgenabschätzung nach § 25 Abs. 2 in Verbindung mit § 31 der Gemeinsamen Geschäftsordnung ist nicht durchzuführen, weil der Verordnungsentwurf weder von großer Wirkungsbreite ist, noch erhebliche Auswirkungen nach sich zieht.

Der Entwurf ist im Hinblick auf die Gleichberechtigung von der Geschlechter neutral gehalten. Die Geschlechter sind von den Regelungen in gleicher Weise betroffen.

Die Verordnung hat keine erkennbaren Auswirkungen auf die zukünftige Bevölkerungs- und Altersentwicklung.

B. Zu den einzelnen Bestimmungen

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die bisherige Regelung mit der Begründung einer moralischen Verpflichtung zur kostenfreien Behandlung unter nahen Angehörigen wird als überholt angesehen und daher gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Buchst. a).

Zu Buchstabe b

Umformulierung vor dem Hintergrund, dass die neue Anlage 1 Nr. 2 nunmehr auch wissenschaftlich anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden enthält anstelle von ausschließlich wissenschaftlich nicht anerkannten Methoden, die teilweise von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen waren.

Zu Nummer 2

Infolge der Erhöhung des Prozentsatzes des Festzuschusses für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen der Regelversorgung von 50 auf 60 Prozent im GKV-

Bereich (Artikel 2 Nummer 2 Buchstabe a des Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019, BGBl I Nr. 18 S. 646 vom 10. Mai 2019) ist beihilferechtlich der Faktor anzupassen. Die betragsmäßige Begrenzung bleibt im Ergebnis gleich.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Klarstellende Anpassung der Überschrift.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung aufgrund der Aufnahme des neuen Psychotherapieverfahrens „Systemische Therapie“ in die BVO.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung aufgrund der Erweiterung der Anlage 2.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung aufgrund der Aufnahme des neuen Psychotherapieverfahrens „Systemische Therapie“ in die BVO.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Klarstellung des unpräzisen Begriffs des Erwachsenen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung aufgrund der Erweiterung der Anlage 2.

Zu Buchstabe e

Die bisherige Formulierung mit den aufgeführten Leistungserbringern wird durch eine auf die Anlage 2 verweisende Formulierung ersetzt. Anpassungen aufgrund der Einführung der neuen Berufsbezeichnung mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 (BGBl. S. 1604) und evtl. in Zukunft weitere Anpassungen der Leistungserbringer sind künftig nur noch in der Anlage 2 zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe f

Folgeänderung aufgrund der Aufnahme des neuen Psychotherapieverfahrens „Systemische Therapie“ in die BVO.

Zu Nummer 4

Wirkungsgleiche Übernahme der Regelung aus der Psychotherapie-Richtlinie, wonach die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie von Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht zulasten des Behandlungskontingents erfolgt.

Zu Nummer 5

Aufnahme des neuen Richtlinienverfahrens „Systemische Therapie“ in die BVO gemäß der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie vom 22. November 2019. Die „Systemische Therapie“ ist ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Schwerpunkt auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen, insbesondere auf Interaktionen zwischen Familienmitgliedern und deren sozialer Umwelt liegt. Die „Systemische Therapie“ findet nur Anwendung bei Erwachsenen.

Zu Nummer 6

Aufnahme der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Arzneimittel zur Präexpositionsprophylaxe ähnlich dem Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019, BGBl. I, Nummer 18, S. 646 vom 10. Mai 2019.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, PpSG) wurde in § 17b Abs. 4 KHG verankert, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erstmals für das Jahr 2020 aus dem DRG-System ausgegliedert werden. Die Vergütung der Pflegepersonalkosten wird gleichzeitig in eine separate Pflegepersonalkostenvergütung überführt.

Infolge der Umstellung der Krankenhausvergütung auf eine Kombination aus DRG-Fallpauschalen und tagesbezogenem Pflegeentgelt ist die beihilferechtliche Ermittlung des Höchstbetrages für Krankenhausleistungen in „DRG-ähnlichen“ Krankenhäusern ohne Zulassung auf eine neue Berechnungsgrundlage zu stellen.

Daneben werden für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP-Entgeltsystem) die nach § 26 Abs. 1 Nr. 2 BVO tagesgleichen beihilfefähigen Höchstsätze bei Behandlung psychischer Erkrankungen in Krankenhäusern ohne Zulassung durch eine Höchstbetragsberechnung in Anlehnung an die PEPP-Systematik ersetzt.

Im Ergebnis werden die beihilfefähigen Höchstbeträge für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen, aber nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, je nach Behandlungsbereich (sömatisch oder psychisch) entweder in Konvergenz an das DRG- oder das PEPP-Entgeltsystem berechnet.

Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung sind nur in angemessenem Umfang beihilfefähig (§ 8 Abs. 1 BVO). Zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V sind verpflichtet, Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) mit vorgeschriebenen (DRG-)Fallpauschalen oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) mit (PEPP-)Entgelten zu berechnen. Die Angemessenheit dieser Aufwendungen kann ohne Weiteres unterstellt werden. Eine derartige Vorgabe besteht bei Krankenhäusern ohne Zulassung (in sog. Privatkliniken) nicht; diese sind in ihrer Preisgestaltung frei.

Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn fordert nicht den Ausgleich jeglicher aus Anlass von Krankheitsfällen entstandener Aufwendungen und auch nicht deren Erstattung in jeweils vollem Umfang, insbesondere dann nicht, wenn sich Beamtinnen und Beamte für eine Behandlung in einer Privatklinik entscheiden. Ferner gebietet es die Fürsorgepflicht nicht, Beamtinnen und Beamten als Krankenhausversorgung mehr zu gewährleisten als das, was nach dem KHEntgG und der BPfIV den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung als medizinisch gebotene Behandlung garantiert wird (Beschluss des BVerfG vom 7. November 2002 – 2 BvR 1053/98).

Durch die Festlegung eines beihilferechtlich angemessenen Betrages bei Behandlung in einer Privatklinik werden beihilfeberechtigte Personen auch nicht in ihrer freien Arztwahl beeinträchtigt; denn es bleibt den beihilfeberechtigten Personen unbenommen, Ärzte und Kliniken ihres Vertrauens aufzusuchen.

Vor diesem Hintergrund werden für die Aufwendungen für Krankenhausleistungen bei Behandlung in Krankenhäusern ohne Zulassung angemessene beihilfefähige Höchstbeträge festgelegt.

Hierbei ist zu unterscheiden, ob die Indikationen, die zur Behandlung angezeigt sind, in (zugelassenen) Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit Fallpauschalen nach dem KHEntgG oder der BPfIV abgerechnet würden. Danach beurteilt sich, nach welcher Nummer der Höchstbetrag zu ermitteln ist.

Es wird abschließend festgelegt, aus welchen Elementen der beihilfefähige Höchstbetrag zu ermitteln ist.

§ 26 Abs. 1 Nr. 1 BVO findet bei (somatischen) Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit Fallpauschalen nach dem KHEntgG abgerechnet werden, Anwendung. Die Berechnung des beihilfefähigen Höchstbetrages für die allgemeinen Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung erfolgt im Wesentlichen in Anlehnung an die Vorgaben des KHEntgG, das die Entgeltberechnung für zugelassene Krankenhäuser bestimmt, mit folgenden Prämissen:

Grundlage für die Ermittlung des Entgeltes für die Fallpauschale bildet künftig der bundesweit einheitliche Basisfallwert i.S.v. § 10 Abs. 9 KHEntgG. Zugunsten der beihilfeberechtigten Personen wird pauschalierend auf den bundesweit „einheitlichen“ Basisfallwert i.S.v. § 10 Abs. 9 KHEntgG und nicht die praktisch bei Krankenhäusern nach § 108 SGB V maßgeblichen (überwiegend niedrigeren) Landesbasisfallwerte abgestellt. Insbesondere aufgrund der Tatsache, dass die Krankenhäuser ohne Zulassung nicht verpflichtet sind, auf die maßgeblichen Landesbasisfallwerte zurückzugreifen, wird auch keine Notwendigkeit gesehen, ausgehend von dem Ort der Leistungserbringung, den jeweiligen Landesbasisfallwert anzuwenden. Dies würde der Intention der Pauschalierung zuwiderlaufen und den Ermittlungsaufwand in den Festsetzungsstellen erhöhen.

Der einheitliche Bundesbasisfallwert wird mit der bundeseinheitlich vereinbarten Bewertungsrelation entweder der Hauptabteilung oder der Belegabteilung multipliziert. Die Bewertungsrelation gemäß Teil a des DRG-Fallpauschalen-Katalogs ist anzuwenden, wenn die Krankenhausleistungen in der Privatklinik von angestellten Ärzten (ähnlich einer Hauptabteilung in zugelassenen Krankenhäusern) erbracht werden. Die Bewertungsrelation gemäß Teil b des DRG-Fallpauschalen-Katalogs ist hingegen maßgebend, wenn die Privatklinik vergleichbar einer Belegklinik geführt, d.h. die allgemeinen Krankenhausleistungen von externen (Beleg-)Ärzten erbracht werden. Die Differenzierung ist erforderlich, weil sich daraus differente Erlöse ergeben. Im Falle einer Privatklinik, vergleichbar einer Belegklinik, und der Ermittlung der Bewertungsrelation auf der Grundlage für die Hauptabteilung würden die Arzthonorare

doppelt berücksichtigt werden. Hierfür wird kein rechtfertigender Sachgrund gesehen. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen nicht die belegärztlichen Leistungen, weshalb sich deren Beihilfefähigkeit nicht nach § 26 BVO richtet. Entsprechende Aufwendungen sind nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 BVO beihilfefähig.

Zuletzt ist bei dem Entgelt für die Fallpauschale die tatsächliche Verweildauer in Ansatz zu bringen, mit der Konsequenz, dass ggf. Kurzliegerabschläge oder Langliegerzuschläge zu berücksichtigen sind. Maßgeblich für die Ermittlung der Verweildauer ist die Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes ohne den Entlassungstag.

Das Pflegeentgelt als Element der allgemeinen Krankenhausleistungen wird beihilferechtlich ermittelt aus der Multiplikation des nach § 15 Abs. 2a KHEntgG maßgebenden Betrages (z. Zt. 185,00 Euro) mit der maßgeblichen Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2a KHEntgG unter Ansatz der Verweildauer. Der Bundesgesetzgeber hat in § 15 Abs. 2 a KHEntgG einen Ersatzbetrag festgelegt, der mit der Bewertungsrelation zu multiplizieren ist, falls tagesbezogene Entgelte noch nicht vereinbart wurden. Auf diesen Betrag, den der Bundesgesetzgeber für auskömmlich hält, wird zurückgegriffen.

Zusätzlich können auch zu Aufwendungen, für die bundeseinheitliche Zusatzentgelte gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG vereinbart worden sind, bis zu der in dem DRG-Fallpauschalen-Katalog vereinbarten Höhe als beihilfefähig anerkannt werden.

Der Höchstbetrag für die allgemeinen Krankenhausleistungen in Privatkliniken bei (psychischen) Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 SGB V nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden, wird nach § 26 Abs. 1 Nr. 2 berechnet.

Das tagesbezogene Entgelt wird beihilferechtlich in Anlehnung an § 1 Abs. 2 der PEPPV 2020 ermittelt. Zunächst wird die im PEPP-Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder Anlage 2a bzw. Anlage 5 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert. Anschließend wird die Anzahl der Be-

rechnungstage je Entgelt addiert und mit dem vorgenannten Entgeltbetrag multipliziert. Pauschalierend wird als Basisentgeltwert der nach § 10 Abs. 3 PEPPV vereinbarte Betrag (280,00 Euro) angesetzt, der für angemessen angesehen wird.

Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes inklusive des Entlassungstages. Die Anzahl der Tage bei der Verweildauer gemäß § 26 Abs. 1 Nr. 1 BVO ohne Entlassungstag und die Anzahl der Berechnungstage (inklusive Entlassungstag) gemäß § 26 Abs. 1 Nr. 2 BVO sind somit nicht identisch.

Werden Leistungen, für die bundeseinheitlich ein Zusatzentgelt nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 BPfIV) vereinbart ist, in Anspruch genommen, sind diese bis zu der vereinbarten Höhe zu berücksichtigen.

Für Zusatzentgelte, für die im gesetzlichen Krankenversicherungsbereich der Krankenhausträger mit dem Sozialleistungsträger krankenhausespezifische Zusatzentgelte vereinbaren darf, wird beihilferechtlich der gemäß § 5 Abs. 2 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2020 (Fallpauschalenvereinbarung 2020 – FPV 2020) für DRG-ähnliche Privatkliniken und § 5 Abs. 2 der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2020 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2020 – PEPPV 2020) für PEPPV-ähnliche Privatkliniken vereinbarte Ersatzwert von jeweils 600,00 Euro angesetzt. Dieser Betrag wird beihilferechtlich als angemessen angesehen.

Zu Buchstabe b

Zur Vereinheitlichung der Bemessungsgrundlagen wird entsprechend § 26 Abs. 1 die obere Korridorgrenze des Basisfallwertes aufgegeben und stattdessen der einheitliche Bundesbasisfallwert zugrunde gelegt.

Zu Nummer 8

In dem neuen § 31a wird die Beihilfefähigkeit von Kommunikationshilfen als neuer Leistungsanspruch geregelt.

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019, BGBl. I S. 2789, wurden die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern in der stationären Versorgung zum 1. Januar 2020 explizit aus den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 KHEntgG ausgegliedert. Vielmehr sind diese Kosten unmittelbar zwischen den Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern und den Leistungsträgern abzurechnen, ebenso wie dies derzeit schon im Rahmen der ambulanten Versorgung der Fall ist.

Vor diesem Hintergrund wird ein Anspruch für Kommunikationshilfen generell (z.B. Gebärdensprachdolmetscher) zur Verständigung von gehörlosen, hochgradig schwerhörigen, ertaubten oder sprachbehinderten beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen mit beihilfefähigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bis zur Höhe einer Vergütung in entsprechender Anwendung des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (z.Zt. § 9 Abs. 3 JVEG) normiert.

Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass Dolmetscherleistungen von der Regelung nicht erfasst sind.

Zu Nummer 9

Zu Buchstabe a

Nach der Rechtsprechung des VG Neustadt vom 28. Mai 2019 – 1 K 41/19.NW ist die bisherige Formulierung „von der deutschen Krebshilfe zugelassene Zentren“ zu unbestimmt und wird daher gestrichen. Als Folge der Rechtsprechung werden die leistungserbringenden Zentren nunmehr namentlich in der Anlage 6 aufgeführt.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Änderung. Bei der mit der Dritten Landesverordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vorgenommenen Novellierung des Leistungsverzeichnisses über die Beihilfefähigkeit und Angemessenheit von Heilmitteln wurden Diätassisten-

tinnen und Diätassistenten als Heilmittelerbringer in die Anlage 3 zu § 22 aufgenommen.

Zu Nummer 10

Angleichung der beihilfefähigen Höchstbeträge an die nach § 132c SGB V vereinbarten Vergütungssätze.

Zu Nummer 11

Zu Buchstabe a

Streichung der Verweisung, infolge des Wegfalls der Einholung von Gutachten in diesen Fällen mit der Dritten Landesverordnung zur Änderung der BVO.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Gemäß § 35a Verwaltungsverfahrensgesetz können Verwaltungsakte vollständig durch automatische Einrichtungen erlassen werden, sofern dies durch Rechtsvorschrift zugelassen ist und weder ein Ermessen noch ein Beurteilungsspielraum besteht.

Durch den neuen Satz soll die erforderliche Rechtsgrundlage im Bereich der Beihilfe geschaffen werden.

Zu beachten ist, dass dem automatisierten Erlass nur solche Prüfungen zugänglich sind, bei denen regelbasierte Prüfprogramme zum Einsatz kommen können und somit das anzuwendende materielle Recht nach Subsumtion des jeweiligen Sachverhalts eine Entscheidung ohne Ausübung von Ermessen und keine Beurteilungsspielräume vorsieht. Dies ist insbesondere bei Rezeptprüfungen sowie ärztlichen oder zahnärztlichen Rechnungen möglich. Bei Ermessensentscheidungen kommt dies nicht in Frage.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Klarstellung, dass die Bekanntgabefiktion nur in den Fällen der elektronischen Bescheidung gilt.

Zu Buchstabe c

Streichung der Vorschrift wegen Überführung des Regelungsinhaltes in § 63.

Zu Nummer 12

Neufassung der Norm im Zuge der Erweiterung der Vorschrift um Regelungen zur Auszahlung und Direktabrechnung.

In Absatz 1 wird verpflichtend festgelegt, dass die Auszahlung der Beihilfe an unmittelbare Landesbeamtinnen und Landesbeamten auf das Bezügekonto zu erfolgen hat. Hierdurch wird der mit der Auszahlung auf ein anderes als das für die Bezügeauszahlung hinterlegte Konto verbundene Prüfaufwand in der Festsetzungsstelle beim Landesamt für Finanzen verringert. Dies trägt zur Beschleunigung des Festsetzungsverfahrens inkl. Auszahlung der Beihilfe bei. Darüber hinaus dient die Festlegung vor dem Hintergrund des der Rechtsprechung des BVerwG vom 22. März 2017 – 5 C 4/16 zugrundeliegenden Sachverhaltes der Betrugsprävention und somit dem Schutz der Beamtinnen und Beamten.

Weiterhin ist in Absatz 1 normiert, dass die Beihilfen für bis zum Tod entstandene Aufwendungen einer verstorbenen beihilfeberechtigten Person ebenfalls auf das Bezügekonto ausgezahlt werden können. Vor dem Hintergrund des § 5 BVO, wonach die Beihilfen zu den bis zum Tod entstandenen Aufwendungen einer beihilfeberechtigten Person die Erbin, der Erbe oder die Erbengemeinschaft erhält, wird durch die Möglichkeit der befreienden Zahlung auf das Bezügekonto das Verwaltungsverfahren vereinfacht und die Erben erhalten die Beihilfe unkompliziert ausgezahlt. Die Vorlage eines Erbscheines oder eines eröffneten Testaments ist somit nicht mehr erforderlich. Dieser Vereinfachungsregelung liegt die Tatsache zugrunde, dass über Nachlasskonten regelmäßig nur legitimierte Erben verfügen können.

In Absatz 2 werden die Anforderungen an die Direktabrechnung der Beihilfe zwischen Festsetzungsstelle und Leistungserbringer oder von diesem beauftragten Rechnungssteller regelt. Zu unterscheiden ist hierbei zwischen Direktabrechnung ohne elektronischen Datenaustausch (schriftliches Verfahren) und Direktabrechnung mit elektronischem Datenaustausch.

In die Nummer 1 wurde das bisher in § 62 Abs. 9 geregelte schriftliche Direktabrechnungsverfahren mit zugelassenen Krankenhäusern überführt.

In der Nummer 2 werden Anforderungen an die Direktabrechnung mit elektronischem Datenaustausch vorgegeben, wobei zu beachten ist, dass im Gegensatz zu Nummer 1 die Direktabrechnung mit elektronischem Datenaustausch nicht auf eine bestimmte Aufwendungsart beschränkt wird. Da die Festsetzungsstelle den Datenaustausch und die Direktabrechnung zulassen (im Sinne erlauben) muss, kann sie unter Beachtung Ihrer Systemlandschaft insoweit auf das Nähere über Form und Inhalt der zu übermittelnden Datensätze und das Verfahren des Datenaustausches hinwirken.

Im Weiteren werden weitere allgemeine Vorgaben für die Direktabrechnung normiert. Denn im Zuge der Digitalisierung der Abrechnungsverfahren muss auch für das Beihilfeabrechnungsverfahren die Möglichkeit effizienter und effektiver Abrechnungsverfahren zugunsten der beihilfeberechtigten Personen offenstehen. Künftig sollen Krankenhausabrechnungen in Ergänzung des schriftlichen Verfahrens auch elektronisch möglich sein. Zudem ist nicht auszuschließen, dass in Zukunft weitere Direktabrechnungsverfahren hinzukommen.

Absatz 3 enthält Ausnahmeregelungen zur Auszahlung der Beihilfe an andere als die beihilfeberechtigte Person selbst (Absatz 1) oder an Dritte die Leistungserbringer bzw. Rechnungssteller sind (Absatz 2).

In den neuen Absatz 4 wurde der Wortlaut des bisherigen § 63 inhaltlich unverändert überführt.

Zu Nummer 13

Klarstellung, dass die Regelung auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen gilt.

Zu Nummer 14

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Nummer 1 Buchst. a. In der Anlage 1 Nr. 1 sind weiterhin die wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methoden und somit von der Beihilfe gänzlich ausgeschlossenen Behandlungs- und Untersuchungsmethoden aufgelistet. Die Anlage 1 Nr. 2 enthält neben wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methoden auch sonstige (wissenschaftliche anerkannte) Behandlungen und Untersuchungen, die nur unter bestimmten Voraussetzungen als beihilfefähig anerkannt werden können. Der Name der Überschrift ist daher anzupassen.

Zu Buchstabe b

Aufnahme dieser Methode als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode, da hierzu laut Empfehlung der Kommission Refraktive Chirurgie (KRC-Empfehlung) derzeit noch keine ausreichenden Daten vorliegen. Bestätigt wird dies auch durch die Stellungnahme der Fachverbände und Fachgesellschaften, angeschlossen wurden: Deutschsprachige Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation, interventionelle und refraktive Chirurgie (DGII), Bundesverband Deutscher OphthalmoChirurgen e. V. (BDOC) und Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V. (BVA) vom 12. März 2020.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu Buchst. a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Doppelbuchst. cc. Durch Aufnahme weiterer Visus verbessernde Maßnahmen und der damit verbundenen Neustrukturierung wird die bisherige Methode bei der neu aufgenommenen Methode integriert.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der neuen Methode werden die beihilfefähigen Aufwendungen aller Visus verbessernden Maßnahmen, die nicht nach § 34 Abs. 2 BVO in Verbindung mit Anlage 4 Abschnitt III ausgeglichen werden können, zusammengefasst und die dafür notwendigen Voraussetzungen festgelegt.

Aufwendungen für den Austausch der natürlichen Linse sind bei rein Visus verbessernden Maßnahmen nur dann beihilfefähig, wenn der Austausch unerlässlich ist, weil auf anderem Weg eine Verbesserung des Visus nicht erreicht werden kann. Gegebenenfalls ist ein Nachweis durch Gutachten einzuholen.

Bei der Katarakt-OP (häufigster Anwendungsfall) steht der Austausch der getrübbten Linse ohne Zusatznutzen im Vordergrund. Daher werden die Aufwendungen für die Linse – ungeachtet der tatsächlich implementierten Linse – nur bis zur Höhe für eine monofokale Standardlinse übernommen. Laut Stellungnahme der Fachverbände und Fachgesellschaften (Deutschsprachige Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation, interventionelle und refraktive Chirurgie (DGII), Bundesverband Deutscher OphthalmoChirurgen e. V. (BDOC) und Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V. (BVA) liegt der Preis für eine monofokale Linse ohne sonstige Zusatzfunktion bei ca. 230 Euro bis 250 Euro netto zuzüglich des Mehrwertsteuersatzes von 7 %. Aufgrund dessen wird (unter Berücksichtigung eines Sicherheitszuschlages) der beihilfefähige Höchstbetrag auf 300 Euro festgelegt.

Bei den Verfahren der Laserbehandlung zur chirurgischen Hornhautkorrektur handelt es sich inzwischen um wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethoden. Aus diesem Grund ist eine Verortung unter Nummer 1 nicht mehr zutreffend. Es bleibt aber – mit Ausnahme dem Erfordernis der Voranerkennung – bei der bisherigen Regelung.

Bei einer Add-On-Intraokularlinse handelt es sich nicht um eine Kontaktlinse im Sinne der Anlage 4 Abschnitt 3 Nummer 4, sondern um eine Operation. Die Aufwendungen für eine Implantation dieser Add-On-IOL sind als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die OP unerlässlich ist, weil ein Ausgleich weder durch Brille noch durch Kontaktlinsen oder durch Laserbehandlung möglich ist.

Bei einer phaken Intraokularlinse (IOL) handelt es sich nicht um eine Kontaktlinse im Sinne der Anlage 4 Abschnitt 3 Nummer 4. Die Aufwendungen für eine Implantation phaker IOL werden als beihilfefähig anerkannt, wenn die OP unerlässlich ist, weil ein Ausgleich weder durch Brille noch durch Kontaktlinsen oder durch Laserbehandlung möglich ist.

Zu Nummer 15

Anpassung der Anlage inkl. Formblätter aufgrund der Aufnahme der Systemischen Therapie als weiteres Therapieverfahren sowie Berücksichtigung der neuen Berufsbezeichnung mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz – PsychThAusbRefG) vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604).

Des Weiteren werden im Formblatt 5 der Anlage 2 die von der Festzustelle zu übernehmenden Kosten für Gutachten auf 50,00 Euro (bisher 41,00 Euro) und für ein Obergutachten (sog. Zweitgutachten) auf 85,00 Euro (bisher 81,00 Euro) aufgrund der aktuellen Gutachtenhonorar-Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV – Spitzenverband erhöht. Vor dem Hintergrund, dass gemäß § 17 Abs. 2 Satz 2 BVO die Begutachtung zur Notwendigkeit und zum Umfang einer ambulanten Psychotherapie durch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellte Gutachterinnen und Gutachter erfolgt, ist die Anpassung an die vereinbarten Sätze geboten, damit für die Festsetzungsstellen weiterhin Gutachten erstellt werden.

Wegen der umfangreichen Änderungen und zum besseren Verständnis wird die Anlage neu gefasst.

Zu Nummer 16

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu Doppelbuchst. bb.

Zu Doppelbuchstabe bb

Erweiterung der Indikationen über die Beihilfefähigkeit der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) gemäß fachlicher Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Zu Buchstabe b

Bei der mit der Dritten Landesverordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vorgenommenen Novellierung des Leistungsverzeichnisses über die Beihilfefähigkeit und Angemessenheit von Heilmitteln wurde die Leistungserbringung von Kälte- und Wärmetherapie durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durch Ergotherapeuten nicht berücksichtigt. Dies wird nachgeholt.

Zu Nummer 17

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Aufnahme der Defibrillatorweste in die beihilferechtliche Hilfsmittelliste.

Zu Doppelbuchstabe bb

Überführung der Elektrofahrzeuge von der Liste der nicht beihilfefähigen Hilfsmittel (Abschnitt II) in die Liste der beihilfefähigen Hilfsmittel (Abschnitt I Nr. 1) unter Umbenennung in „Elektromobile“ und Begrenzung der beihilfefähigen Kosten auf 2.500 Euro. Der Höchstbetrag ist nicht als starre Obergrenze zu verstehen. In begründeten Einzelfällen kann sich aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn ein über den Festbetrag hinausgehender Beihilfeanspruch ergeben, z.B. wegen besonderer medizinischer Umstände oder zur Vermeidung einer unzumutbaren finanziellen Belastung.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass nur zu individuell gefertigten orthopädischen Schuheinlagen eine Beihilfe gewährt wird.

Zu Buchstabe b

Aufnahme der elektronischen Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgaben für Blinde, zu denen u. a. MyEye und MyReader gehören, in die Beihilfenverordnung.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Buchst. c Doppelbuchst. cc.

Zu Nummer 18

Zu Buchstabe a

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung aufgrund der redaktionellen Umgestaltung der Vorschrift. Das Erfordernis, dass die Leistungen nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn sie von bestimmten Zentren erbracht werden, wird grundsätzlich beibehalten. Statt der bisherigen Verweisung auf die von der Deutschen Krebshilfe benannten Zentren werden die Kliniken künftig namentlich in der Beihilfenverordnung aufgeführt.

Zu Buchstabe b

Namentliche Nennung der Zentren.

Zu Nummer 19

Zu Buchstabe a

Aufnahme des Ortes in das Heilkurortverzeichnis, da er nach der Bewertung des Europäischen Heilbäderverbandes die entsprechenden Qualitätsstandards erfüllt.

Zu Buchstabe b

Aufnahme des Ortes in das Heilkurortverzeichnis, da er nach der Bewertung des Europäischen Heilbäderverbandes die entsprechenden Qualitätsstandards erfüllt.

Zu Nummer 20

Anpassung der Produktschreibungen der beihilfefähigen Medizinprodukte an die Anlage V zum Abschnitt J der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für den gesetzlichen Bereich. Bei der lfd. Nummerierung werden nunmehr das ganze Alphabet berücksichtigt und damit auch Platzhalter geschaffen, um eine fortlaufende alphabetische Zuordnung bei Neuaufnahme oder Streichung von Medizinprodukten zu ermöglichen, ohne weitreichende Folgeänderungen vornehmen zu müssen.

Zu Nummer 21

Anpassung des Inhaltsverzeichnisses.

Zu Artikel 2

Die Bestimmung regelt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.

Zu Nummer 1

Die Änderung tritt zeitgleich mit der Änderung im gesetzlichen Bereich, auf welche die Vorschrift Bezug nimmt, in Kraft (vgl. Artikel 17 Absatz 4c i.V.m: Artikel 2 Nummer 2 Buchstabe a des Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019, BGBl I Nr. 18 S. 646 vom 10. Mai 2019).

Zu Nummer 2

Im Übrigen tritt die Verordnung erst am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden zweiten Kalendermonats in Kraft um den Festsetzungsstellen eine Vorlaufzeit für evtl. organisatorische und technische Anpassungen einzuräumen.