

# **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. 6 des Landesbeamtengesetzes vom 20. Oktober 2010, zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 17. Dezember 2020 (GVBl. S. 728), 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 Artikel 3 des Gesetzes vom 18. November 2020 (GVBl. S. 613), 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

    1. der Anlage 1 Nr. 1 gelten als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt und sind nicht beihilfefähig (Ausschluss) und
    2. der Anlage 1 Nr. 2 sind nur unter den jeweils dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig (Teilausschluss).“
2. In § 10 Abs. 3 wird das Wort „zweifachen“ durch die Worte „auf 100 v. H. erhöhen“ 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 werden nach der Klammerangabe „(§ 20)“ die Worte „und Systemischen Therapien (§ 20 a)“ eingefügt.
    - bb) In Satz 3 wird die Verweisung „Anlage 2 Nr. 2 bis 4“ durch die Verweisung „Anlage 2 Abschnitt 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 Abschnitt 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 „Therapeutinnen oder Therapeuten nach Anlage 2 Abschnitte 2 bis 5“ ersetzt.
  - f) Absatz 9 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 1 wird die Verweisung „§§ 18 bis 20“ durch die Verweisung „§§ 18 bis 20 a“ ersetzt.
    - bb) In Nummer 2 wird die Verweisung „Anlage 2 Nr. 1“ durch die Verweisung „Anlage 2 Abschnitt 1“ ersetzt.
4. In § 19 Abs. 4 wird folgender neuer 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 neuer § 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:

<b>Behandlungsabschnitt</b>	<b>Einzelbehandlung</b>	<b>Gruppenbehandlung</b>
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 substantiellem 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;

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

- aa) Teil a des Fallpauschalen-Kataloges nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG oder
  - bb) Teil b des Fallpauschalen-Kataloges 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 Pflegeerlöskataloges gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2a KHEntgG unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer,
  - c) Zusatzentgelt;  
für solche Leistungen, die im Katalog ergänzender Zusatzentgelte gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG enthalten sind, bis zu der bundeseinheitlich vereinbarten Höhe und für solche, die krankenhausesindividuell zu bewerten sind bis zu 600,00 EUR für jedes Zusatzentgelt, und
2. bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden, bis zu dem Betrag, der sich aus folgenden Elementen zusammensetzt:
- a) tagesbezogenes Entgelt;  
dies ist das Produkt der ausgewiesenen maßgeblichen Bewertungsrelation der Vergütungsklasse nach Anlage 1a, Anlage 2a oder Anlage 5 des nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 BPfIV vereinbarten Kataloges multipliziert mit einem pauschalen Basisentgeltwert in Höhe von 300,00 EUR und der Anzahl der Berechnungstage,
  - b) Zusatzentgelt;  
für solche Leistungen, die im Katalog ergänzender Zusatzentgelte gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2 BPfIV enthalten sind, bis zu der bundeseinheitlich vereinbarten Höhe und für solche, die krankenhausesindividuell zu bewerten sind bis zu 600,00 EUR für jedes Zusatzentgelt.“
- b) In Absatz 2 Nr. 2 werden die Worte „der oberen Korridorgrenze“ gestrichen.

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

„§ 31 a

Kommunikationshilfen

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 leistungserbringender Person 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 vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718, 776) in der jeweils geltenden Fassung.“

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 werden die Worte „§ 22 Abs. 1 Satz 3 oder von einer Diätassistentin oder einem Diätassistenten“ durch die Verweisung „Anlage 3“ ersetzt.

10. § 48 a erhält folgende Fassung:

„§ 48 a

Ambulante Nachsorgemaßnahmen

Aufwendungen für eine aus medizinischen Gründen im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Maßnahme nach § 45 erforderliche ambulante Nachsorgemaßnahme für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind bis zu der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Vergütungshöhe beihilfefähig, wenn sie wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig sind, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.“

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 neuer Satz 2 wird eingefügt:

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

1. die beihilfeberechtigte Person die Direktabrechnung beantragt,
2. die beihilfeberechtigte Person in die unmittelbare Zahlung der Beihilfe von der Festsetzungsstelle an den Leistungserbringer oder dessen Rechnungssteller einwilligt,
3. 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
4. die beihilfeberechtigte Person sich bereit erklärt, dass die Festsetzungsstelle abrechnungsrelevante Fragen unmittelbar mit dem Leistungserbringer oder dessen Rechnungssteller klärt sowie
5. im Falle eines Datenaustausches die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person in die Datenverarbeitung einwilligt.

Auch bei 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 den Absätzen 1 und 2 kann die Festsetzungsstelle die Beihilfe in den Fällen des § 2 Satz 4 und des § 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) Die Überschrift erhält folgende Fassung:

„Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“.

b) In 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) Die Einleitung „Die Aufwendungen für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden sind teilweise von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen:“ wird durch die Einleitung „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 einem Austausch der natürlichen Augenlinse zur Behandlung einer Katarakterkrankung sind die Aufwendungen für die künstliche Linse nur bis zu 300,00 EUR pro Auge beihilfefähig. Abweichend hiervon sind bei einem Austausch der natürlichen Augenlinse zur reinen Verbesserung des Visus die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn eine Verbesserung des Visus durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher oder sonstiger fachärztlicher Feststellung objektiv nicht möglich ist.

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.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Behandlungen nach Buchstabe a Satz 2 und den Buchstaben b bis d ist die schriftliche Anerkennung der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung.“

15. Anlage 2 erhält die aus der Anlage 1 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

16. Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) Lfd. Nr. 15 Satz 1 Buchst. 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 (sogenannte minced cartilage) und“.
- b) Vor der lfd. Nr. 49 wird der Satz „Die Behandlung nach den Nummern 49 bis 53 muss 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 gegebenenfalls 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 dem Wort „Einlagen,“ wird das Wort „orthopädische,“ durch die Worte „individuell gefertigte“ ersetzt.
  - cc) Nach den Worten „Ekzem-Manschette,“ werden die Worte „Elektromobil bis zu 2.500,00 EUR,“ eingefügt.
- b) In Abschnitt I Nr. 2 wird folgende Nummer 2.6 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 Satz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Nach dem Wort „sind“ werden die Worte „bei Leistungserbringung durch die in Nummer 5 aufgeführten Kliniken“ eingefügt.
- b) Folgende Nummer 5 wird angefügt:
- „5. Leistungserbringer  
Leistungserbringer können sein
- 5.1 Dresden  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen  
Universität Dresden
  - 5.2 Düsseldorf  
Universitätsklinikum Düsseldorf
  - 5.3 Erlangen  
Universitätsklinikum Erlangen
  - 5.4 Frankfurt am Main  
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 der Technischen Universität München  
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 2 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 1**

(zu Artikel 1 Nr. 15)

## **Anlage 2**

(zu den §§ 17 bis 20 a)

### **Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung**

#### **Abschnitt 1**

#### **Psychotherapeutische Leistungen**

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.
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,
  - Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Familien-, Lebens-, Paar- und Sexualberatung,
  - heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie
  - psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

## **Abschnitt 2**

### **Psychosomatische Grundversorgung**

1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung 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
  - Urologiedurchgeführt wird.
  
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,
  - einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder
  - einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutendurchgeführt wird und diese Person über Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Interventionen verfügt.

### **Abschnitt 3**

#### **Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**

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.

2. Wird die Behandlung von einer nicht-ärztlich tätigen Therapeutin oder einem nicht-ärztlich tätigen Therapeuten durchgeführt, muss diese Person folgende Befähigung haben:

a) bei Behandlung von Erwachsenen:

- Psychotherapeutin oder Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren oder
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und

b) bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen:

- Psychotherapeutin oder Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

Kinder in diesem Sinne sind Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben; Jugendliche sind Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Grundsätzlich gelten Personen ab 18 Jahren als Erwachsene.

## **Abschnitt 4**

### **Verhaltenstherapie**

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

2. Wird die Behandlung von einer nicht-ärztlich tätigen Therapeutin oder einem nicht-ärztlich tätigen Therapeuten durchgeführt, muss diese Person folgende Befähigung haben:

a) bei Behandlung von Erwachsenen:

- Psychotherapeutin oder Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren oder
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und

b) bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen:

- Psychotherapeutin oder Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

Abschnitt 3 Nr. 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

## **Abschnitt 5**

### **Systemische Therapie**

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
- Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

mit erfolgreicher Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.

2. Wird die Behandlung von einer nicht-ärztlich tätigen Therapeutin oder einem nicht-ärztlich tätigen Therapeuten durchgeführt, muss diese Person folgende Befähigung haben:
  - Psychotherapeutin oder Psychotherapeut mit einer Weiterbildung in diesem Verfahren,
  - Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren oder
  - Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder Abschnitt 4 und einer Zusatzqualifikation für dieses Verfahren.

### **Abschnitt 6**

#### **Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung**

Leistungen der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Abschnitt 3 Nr. 1 und 2 Satz 1 Buchst. a, Abschnitt 4 Nr. 1 und 2 Satz 1 Buchst. a sowie Abschnitt 5 mit entsprechenden Kenntnissen und Erfahrungen in diesem Verfahren durchgeführt wird.

### **Abschnitt 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 Festsetzungsstelle

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person)

### **Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO); hier: Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen**

#### Anlagen

- Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulante Psychotherapie -Formblatt 2- (2-fach)
- Schweigepflichtentbindung -Formblatt 3- (2-fach)
- Bescheinigung der Therapeutin/des Therapeuten -Formblatt 4- (2-fach)
- Bericht an die Gutachterin/den Gutachter -Formblatt 5- (2-fach)
- Konsiliarbericht -Formblatt 6- (2-fach)

<Anrede>

als Anlage übersende ich die von Ihnen erbetenen Antragsunterlagen auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung. Die Beihilfefähigkeit der Behandlungskosten kann ich jedoch erst anerkennen, nachdem mir ein Gutachten vorliegt, welches Notwendigkeit, Art und Umfang der beabsichtigten Therapie bestätigt.

Für die Bearbeitung Ihres Antrages und die Einleitung des Gutachterverfahrens bitte ich Folgendes zu veranlassen beziehungsweise zu beachten:

1. Das Formblatt 2 (Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Psychotherapie) ist von Ihnen und das Formblatt 3 (Schweigepflichtentbindung) ist von der Patientin/dem Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter jeweils 2-fach auszufüllen.
2. Das Formblatt 4 in 2-facher Ausfertigung und das Formblatt 5 (Bericht für die Gutachterin/den Gutachter) ist von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Therapeutin/dem behandelnden Therapeuten (nach-

folgend Therapeutin oder Therapeut genannt) auszufüllen. Der Konsiliarbericht (Formblatt 6) ist, soweit erforderlich, auch auszufüllen. Jeweils eine Ausfertigung der Formblätter 4 und 5 und ggf. das Formblatt 6 sind von der Therapeutin/dem Therapeuten in einen verschlossenen Umschlag zu geben. Auf dem verschlossenen Umschlag ist mein o. g. Aktenzeichen aufzuführen.

Die Formblätter 4, 5 und ggf. 6 dürfen sich nur 1-fach in dem verschlossenen Umschlag befinden, da der verschlossene Umschlag ungeöffnet an die Gutachterin/den Gutachter weitergeleitet wird.

3. Jeweils eine Ausfertigung des Formblatts 2 (Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Psychotherapie), des Formblatts 3 (Schweigepflichtentbindung) und des Formblatts 4 sowie der verschlossene Umschlag sind an die Beihilfefestsetzungsstelle zu übersenden.

Nach Eingang der erbetenen Unterlagen werde ich die Erstellung des Gutachtens veranlassen.

<Schlussformel>

## Formblatt 2

Absenderangabe der beihilfeberechtigten Person:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl Wohnort
Personalnummer	Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)	

(Anschrift der Festsetzungsstelle)
------------------------------------

### **Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Psychotherapie**

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

- beihilfeberechtigte Person
- berücksichtigungsfähige Angehörige/berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift der beihilfeberechtigten Person

### **Formblatt 3**

Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)

### **Schweigepflichtentbindung**

Ich ermächtige

Frau/Herrn

der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle 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 oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters
------------	--

## Formblatt 4

Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)

### **I. Bescheinigung der Therapeutin oder des Therapeuten** (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

**1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?**

Angabe der Diagnose: \_\_\_\_\_

**2. Liegt zusätzlich eine geistige Behinderung mit einer Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor?**

- Nein
- Ja; Angabe der Diagnose \_\_\_\_\_

**3. Welcher Art ist die Psychotherapie?**

- Erstbehandlung       Verlängerung oder Folgebehandlung
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie
- für Erwachsene       für Kinder und Jugendliche

**4. Wurde bereits früher eine Psychotherapie durchgeführt?**

- Nein
- Ja; von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ mit folgender Anzahl an Sitzungen \_\_\_\_\_

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

- ausschließlich Einzelbehandlung mit \_\_\_\_\_ Einzelsitzungen
- ausschließlich Gruppenbehandlung mit \_\_\_\_\_ Gruppensitzungen
- Kombinationsbehandlung mit
  - überwiegend Einzelbehandlung mit \_\_\_\_\_ Einzelsitzungen und \_\_\_\_\_ Gruppensitzungen
  - überwiegend Gruppenbehandlung mit \_\_\_\_\_ Einzelsitzungen und \_\_\_\_\_ Gruppensitzungen
  - die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt (In diesen Fällen muss jeweils jede Therapeutin/jeder Therapeut dieses Formblatt ausfüllen.)

**6. Werden Bezugspersonen in die Sitzungen einbezogen?**

- Nein
- Ja; Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_\_

**7. Gebührenziffer(n) und Gebührenhöhe?**

Gebührenziffer(n): \_\_\_\_\_

Gebührenhöhe je Sitzung: \_\_\_\_\_

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

**1. Ärztinnen und Ärzte**

- Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
  
- Ärztin/Arzt mit folgender Zusatzbezeichnung:
  - Psychotherapie  
verliehen:  **vor** dem 1. April 1984  
 **nach** dem 1. April 1984
  - Psychotherapie – fachgebunden –
  - Psychoanalyse
  
- Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Schwerpunkt Verhaltenstherapie
- Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie

Eine Berechtigung zur Behandlung  
 in Gruppen  
 von Kindern und Jugendlichen  
liegt vor.

**2. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten**

- Psychotherapeutin/Psychotherapeut
  - Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
  - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- mit Weiterbildung beziehungsweise vertiefter Ausbildung für folgendes anerkanntes  
Behandlungsverfahren
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
  - Analytische Psychotherapie
  - Verhaltenstherapie
  - Systemische Therapie
- bei  Erwachsenen,    bei  Kindern und Jugendlichen,    in  Gruppen.

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

## Formblatt 5

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 Festsetzungsstelle 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) 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?

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 interpersonellem 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 realisierbar 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 Patient 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) 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 Verhaltensexzessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen. Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik. Beschreibung von Verhaltensaktiva und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik 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 6

### **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 Festsetzungsstelle vergeben)

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

Art der Maßnahme:

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

Medizinische Diagnose(n), Differential-, 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 beziehungsweise 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 7**

Absenderangabe der Festsetzungsstelle

(Anschrift der Gutachterin/des Gutachters)

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

Anlagen:

- Formblätter 4, 5 und 6 (Bescheinigung und Bericht der Therapeutin/des Therapeuten in einem verschlossenen Umschlag)
- 1 Freiumschlag
- 3 Formulare (Formblätter 8.1, 8.2 und 8.3) zur Erstellung des Gutachtens

<Anrede>

ich bitte um gutachterliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung

Pseudonymisierungscode:

Der Bericht und die Bescheinigung der behandelnden Ärztin/Therapeutin oder des behandelnden Arztes/Therapeuten sind in einem verschlossenen Umschlag beigelegt.

Bei Folge- oder Verlängerungsgutachten:

<input type="checkbox"/> Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt	Gutachten vom:	Anzahl der Sitzungen
Name der Gutachterin/des Gutachters		

Eine Schweigepflichtentbindung, mit der die Patientin/der Patient die Ärztin/den Arzt oder die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutin oder Therapeut genannt) ermächtigt, der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und sie/ihn von der Schweigepflicht der Therapeutin/des Therapeuten entbindet und sich damit einverstanden erklärt, dass die Fach-

gutachterin/der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist, liegt der Festsetzungsstelle vor.

Wenn Sie trotz des pseudonymisierten Antragsverfahrens meinen, die Patientin/den Patienten zu kennen oder sich gegenüber der Therapeutin/dem Therapeuten befangen fühlen, lehnen Sie den Auftrag bitte ab.

Bitte senden Sie mir unter Verwendung der beiliegenden Formulare

- Ihr Gutachten (Formblatt 8.1),
- die Ausfertigung Ihres Gutachtens für die Therapeutin/den Therapeuten (Formblatt 8.2) in einem als vertrauliche Gutachtersache gekennzeichneten verschlossenen Umschlag

nebst einer Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 50,00 EUR ggf. zuzüglich Umsatzsteuer, beziehungsweise des Zweitgutachtens in Höhe von 85,00 EUR, ggf. zuzüglich Umsatzsteuer, in dem beigefügten Freiumschlag zu.

<Schlussformel>

**Formblatt 8.1**

Name und Anschrift der Gutachterin/des Gutachters	Datum
---	-------

Anschrift der Festsetzungsstelle

<b>Ausfertigung für die Festsetzungsstelle</b>
--

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen
--

**Psychotherapie-Gutachten für**

Pseudonymisierungscode:
-------------------------

<b>Therapieform:</b>			
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie

<b>Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?</b>				
	bei ausschließlicher		bei Kombinationsbehandlung mit überwiegend	
	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
<b>Für die Patientin/den Patienten</b>				
<b>Für die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen</b>				

<b>Begründung der Gutachterin/des Gutachters nur für die Therapeutin/den Therapeuten:</b>

**Kurzbegründung der Gutachterin/des Gutachters bei Fehlen der medizinischen Notwendigkeit der vorgesehenen Psychotherapie und/oder fehlender Behandlerqualifikation:**

- Es werden Störungen beschrieben, die nicht den in § 17 Abs. 1 BVO genannten Indikationen zuzuordnen sind.
- Das Störungsmodell beziehungsweise die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines der in den §§ 19 bis 20 a BVO genannten Psychotherapieverfahren ist nicht hinreichend erkennbar.
- Das vorgesehene Psychotherapieverfahren beziehungsweise der methodische Ansatz lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht in ausreichendem Maß erwarten oder gehört zu den Verfahren, deren Aufwendungen nach Abschnitt 1 der Anlage 2 zu den §§ 17 bis 20 a BVO nicht beihilfefähig sind.
- Die Voraussetzungen bei der Patientin/dem Patienten oder ihre/seine Lebensumstände lassen für das beantragte Psychotherapieverfahren einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten.
- Die in der Anlage 2 zu den §§ 17 bis 20 a BVO genannten Anforderungen für die Durchführung der jeweiligen Behandlung werden von der Therapeutin/dem Therapeuten nicht erfüllt.

ggf. Erläuterung

---

---

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters

## Formblatt 8.2

Name und Anschrift der Gutachterin/des Gutachters	Datum
---	-------

Anschrift Festsetzungsstelle

### Ausfertigung für die Therapeutin/den Therapeuten

Diese Ausfertigung ist im verschlossenen Umschlag, deutlich als vertrauliche Gutachtersache gekennzeichnet, an die Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Therapeutin/den Therapeuten zu übersenden.

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen

## Psychotherapie-Gutachten für

Pseudonymisierungscode:

### Therapieform:

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

### Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?

	bei ausschließlicher		bei Kombinationsbehandlung mit überwiegend	
	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
<b>Für die Patientin/den Patienten</b>				
<b>Für die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen</b>				

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


### Kurzbegründung der Gutachterin/des Gutachters bei Fehlen der medizinischen Notwendigkeit der vorgesehenen Psychotherapie und/oder fehlender Behandlerqualifikation:

- Es werden Störungen beschrieben, die nicht den in § 17 Abs. 1 BVO genannten Indikationen zuzuordnen sind.
- Das Störungsmodell beziehungsweise die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines der in den §§ 19 bis 20 a BVO genannten Psychotherapieverfahren ist nicht hinreichend erkennbar.
- Das vorgesehene Psychotherapieverfahren beziehungsweise der methodische Ansatz lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht in ausreichendem Maß erwarten oder gehört zu den Verfahren, deren Aufwendungen nach Abschnitt 1 der Anlage 2 zu den §§ 17 bis 20 a BVO nicht beihilfefähig sind.
- Die Voraussetzungen bei der Patientin/dem Patienten oder ihre/seine Lebensumstände lassen für das beantragte Psychotherapieverfahren einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten.
- Die in der Anlage 2 zu den §§ 17 bis 20 a BVO genannten Anforderungen für die Durchführung der jeweiligen Behandlung werden von der Therapeutin/dem Therapeuten nicht erfüllt.

ggf. Erläuterung

---

---

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters

### Formblatt 8.3

Name und Anschrift der Gutachterin/des Gutachters	Datum
---	-------

Anschrift Festsetzungsstelle

**Ausfertigung für die Gutachterin/den Gutachter**

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen

### Psychotherapie-Gutachten für

Pseudonymisierungscode:

<b>Therapieform:</b>			
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie

<b>Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?</b>				
	bei ausschließlicher		bei Kombinationsbehandlung mit überwiegend	
	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
<b>Für die Patientin/den Patienten</b>				
<b>Für die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen</b>				
<b>Begründung der Gutachterin/des Gutachters nur für die Therapeutin/den Therapeuten:</b>				

**Kurzbegründung der Gutachterin/des Gutachters bei Fehlen der medizinischen Notwendigkeit der vorgesehenen Psychotherapie und/oder fehlender Behandlerqualifikation:**

- Es werden Störungen beschrieben, die nicht den in § 17 Abs. 1 BVO genannten Indikationen zuzuordnen sind.
- Das Störungsmodell beziehungsweise die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines der in den §§ 19 bis 20 a BVO genannten Psychotherapieverfahren ist nicht hinreichend erkennbar.
- Das vorgesehene Psychotherapieverfahren beziehungsweise der methodische Ansatz lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht in ausreichendem Maß erwarten oder gehört zu den Verfahren, deren Aufwendungen nach Abschnitt 1 der Anlage 2 zu den §§ 17 bis 20 a BVO nicht beihilfefähig sind.
- Die Voraussetzungen bei der Patientin/dem Patienten oder ihre/seine Lebensumstände lassen für das beantragte Psychotherapieverfahren einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten.
- Die in der Anlage 2 zu den §§ 17 bis 20 a BVO genannten Anforderungen für die Durchführung der jeweiligen Behandlung werden von der Therapeutin/dem Therapeuten nicht erfüllt.

ggf. Erläuterung

---

---

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters

## **Formblatt 9**

Absenderangabe der Festsetzungsstelle

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person)

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

<Anrede>

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 und Schlussformel>

## Anlage 2

(zu Artikel 1 Nr. 20)

## Anlage 8

(zu § 21 Abs. 1 Nr. 3)

### Beihilfefähige Medizinprodukte

Lfd. Nr.	Produktbezeichnung
0	
0.1	1xklyasma 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	Purisole 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 Anwendung 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 nahe Angehörige (§ 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 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 Doppelbuchst. aa.

##### **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 Versorgungsge-

setzes 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 Leistungserbringerinnen und 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**

#### **Zu Doppelbuchstabe aa**

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

#### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Folgeänderung durch Neugliederung der Anlage 2.

### **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 (somatisch 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-Kataloges 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-Kataloges 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 beihilfe-rechtlich ermittelt aus der Multiplikation des nach § 15 Abs. 2a KHEntgG maßgebenden Betrages mit der maßgeblichen Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2a KHEntgG unter Ansatz der Verweildauer. Der Bundesgesetzgeber hat in § 15 Abs. 2a 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 Aufwendungen für Zusatzentgelte gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG als beihilfefähig anerkannt werden. Soweit die Zusatzentgelte bundeseinheitlich bewertet wurden (vgl. Anlage 2 und 5 des Zusatz-Entgeltkataloges) sind die Aufwendungen bis zu der bundeseinheitlich vereinbarten Höhe beihilfefähig. Für die unbewerteten Zusatzentgelte, für die ein krankenhausespezifisches Entgelt zu vereinbaren ist (vgl. Anlage 4 und 6 des Zusatzentgelte-Kataloges), ist ein Ersatzwert von 600,00 EUR je Zusatzentgelt anzusetzen. Insoweit wird auf den Betrag zurückgegriffen, den die Vertragsparteien in § 5 Abs. 2 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2020 (Fallpauschalenvereinbarung 2020 – FPV 2020) als auskömmlich ansehen.

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 Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) 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 Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem vorgenannten Entgeltbetrag multipliziert. Pauschalierend wird als Basisentgeltwert ein Betrag von 300,00 EUR als sachgerecht angesehen.

Der pauschale Basisentgeltwert beruht auf dem Durchschnittswert (unter Berücksichtigung eines Sicherheitsaufschlages) gemäß dem leistungsbezogenen Krankenhausvergleich gem. § 4 BPfIV des Institutes für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

Der einheitliche Bundesbasisfallwert, der der Berechnung nach § 26 Abs. 1 Nr. 1 zugrunde gelegt wird, hat gemäß gesetzlicher Vorgabe (§ 10 Abs. 9 KHEntgG) das InEK zu berechnen. Im Gegensatz hierzu gibt es keinen einheitlichen Bundesbasisentgeltwert, sondern der Basisentgeltwert wird krankenhausesindividuell vereinbart. In Ermangelung eines einheitlichen Wertes wird auf den Mittelwert des Bundesvergleiches zurückgegriffen, damit die beihilferechtliche Vorschrift ihrem Charakter einer pauschalen Höchstbetragsregelung gerecht 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 (vgl. Anlage 3 des PEPP-Entgeltkataloges), sind diese bis zu der vereinbarten Höhe zu berücksichtigen. Für Zusatzentgelte, für die im gesetzlichen Krankenversicherungsbereich der Krankenhausträger mit dem Sozialleistungsträger krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte vereinbaren darf (vgl. Anlage 4 des PEPP-Entgeltkataloges), wird beihilferechtlich der gemäß § 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 PEPP-ähnliche Privatkliniken vereinbarte Ersatzwert von jeweils 600,00 EUR 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 § 31 a 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 Leistungserbringern 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 Diätassistentinnen und Diätassistenten als Heilmittelerbringer in die Anlage 3 zu § 22 aufgenommen.

## **Zu Nummer 10**

Neufassung wegen Angleichung der beihilfefähigen Höchstbeträge an die von einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Vergütungssätze (§ 132c SGB V).

## **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 Landesbeamte 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 Leistungserbringerin/Leistungserbringer oder von dieser/diesem beauftragten Rechnungsstellerin/Rechnungssteller geregelt. 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 von erlauben) muss, kann sie unter Beachtung ihrer Systemlandschaft insoweit u.a. auf die Form und den 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**

Anpassung der Überschrift infolge der Änderungen zu Nummer 1 Buchst. a.

#### **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 verbessernder 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 mit Sehhilfen 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 EUR bis 250 EUR netto zuzüglich des Mehrwertsteuersatzes von 7 %. Aufgrund dessen wird (unter Berücksichtigung eines Sicherheitszuschlages) der beihilfefähige Höchstbetrag auf 300 EUR 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.

Bei einer Add-On-Intraokularlinse (Add-On-IOL) handelt es sich nicht um eine Kontaktlinse im Sinne der Anlage 4 Abschnitt III 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 III 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 (Psy-

chotherapeutenausbildungsreformgesetz – PsychThAusbRefG) vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604).

Des Weiteren werden die von der Festsetzungsstelle zu übernehmenden Kosten für Gutachten auf 50,00 EUR (bisher 41,00 EUR) und für ein Obergutachten (sog. Zweitgutachten) auf 85,00 EUR (bisher 82,00 EUR) 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 Ergotherapeutinnen oder 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**

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

#### **Zu Doppelbuchstabe cc**

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 EUR. 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 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 Produktbeschreibungen 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 Versorgungsgesetzes 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.