

# Vorblatt

zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie nach  
Landesbeihilfeverordnung Berlin (LBhVO)  
vom

\_\_\_\_\_ **Antragsdatum**



Dieses Vorblatt dient der beihilfeinternen Vorgangszuordnung.  
Es verbleibt beim Landesverwaltungsamt Berlin, Zentrale Beihilfestelle  
und wird nicht an die Gutachterin oder den Gutachter weitergeleitet.  
Auf diesem Vorblatt enthaltene persönliche Daten von beihilfeberechtigten/antragstellenden Personen  
werden nicht an die Gutachterin oder den Gutachter weitergegeben.

Die Maßnahme steht in einem Zusammenhang mit einem Dienstunfall

Wurde bereits eine psychotherapeutische Akutbehandlung durchgeführt?  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_; Anzahl der Sitzungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Name, Vorname der beihilfeberechtigten Person** (Bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_ **Personalkennzeichen/Versorgungsnummer**

Dieses Blatt (Rückseite des Anschreibens) wird als leere Seite ausgedruckt, um auch bei doppelseitigem Drucken des gesamten PDF-Dokumentes den Datenschutz zu wahren, da die Gutachterin/der Gutachter aus Datenschutzgründen nur den Pseudonymisierungscode, aber nicht die Namen der beihilfeberechtigten und/oder berücksichtigungsfähigen Person erfahren soll und daher die erste Seite dieses PDF-Dokuments in der Beihilfeakte verbleibt und nicht an die Gutachterin/den Gutachter weitergeleitet wird.

**Pseudonymisierungscode:** \_\_\_\_\_  
(wird von der Festsetzungsstelle vergeben)

## **Schweigepflichtentbindung**

(verbleibt bei der Festsetzungsstelle)

Ich ermächtige folgende Person

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

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

Ort, Datum	Unterschrift der zu behandelnden Person oder der gesetzlichen Vertreterin bzw. des gesetzlichen Vertreters
------------	--

Dieses Blatt (Rückseite des Anschreibens) wird als leere Seite ausgedruckt, um auch bei doppelseitigem Drucken des gesamten PDF-Dokumentes den Datenschutz zu wahren, da die Gutachterin/der Gutachter aus Datenschutzgründen nur den Pseudonymisierungscode, aber nicht die Namen der beihilfeberechtigten und/oder berücksichtigungsfähigen Person erfahren soll und daher die erste Seite dieses PDF-Dokuments in der Beihilfeakte verbleibt und nicht an die Gutachterin/den Gutachter weitergeleitet wird.

# Antrag

## auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie

**Angaben zur/zum Beihilfeberechtigten (Antragsteller) und zur zum Patientin/Patienten**  
(von der antragstellenden Person bzw. der/dem Patientin/Patienten auszufüllen)

### I. Pseudonymisierungscode (PC) der/ des Beihilfeberechtigten

(wird von der Zentralen Beihilfestelle des Landes Berlin vergeben)

**Bitte teilen Sie der Zentralen Beihilfestelle auf dem Vorblatt zum Antrag (oder auf einem separaten Schreiben) Namen sowie Personalkennzeichen oder Versorgungsnummer der/des Beihilfeberechtigten mit. Diese Angaben verbleiben bei der Beihilfestelle.**

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Psychotherapie.

Ort, Datum (=Antragsdatum)

Unterschrift der/ des Beihilfeberechtigten

### II. Auskunft der Patientin/des Patienten

1. Zu behandelnde Person (bitte keinen Namen angeben; Nichtzutreffendes bitte streichen)?

Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter/Ehefrau/Ehemann/Lebenspartnerin/Lebenspartner/Sohn/Tochter      Geburtsdatum

2. Schweigepflichtentbindung

Siehe gesonderte Seite vor diesem Antrag

### Angaben zur/zum Therapeut/in und zur Therapie

(von der/dem Therapeutin/Therapeuten auszufüllen)

### III. Bescheinigung der Therapeutin/des Therapeuten

1. Psychotherapeutisch zu behandelnde Krankheiten?

Diagnoseschlüssel nach ICD

2. Art der Therapie?

- Erstbehandlung  
 Verlängerung bzw. Folgebehandlung

3. a) Frühere, bereits durchgeführte Therapien?

- keine  
 (Zeitraum/ von – bis)      Anzahl der Sitzungen

b) bereits durchgeführte psychotherapeutische Akutbehandlung?

- keine  
 (Zeitraum/ von – bis)      Anzahl der Sitzungen

4. Therapieform?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie       analytische Psychotherapie       Verhaltenstherapie (VT)  
 Kurzzeittherapie (KZT)<sup>1</sup>  
 Langzeittherapie (LZT)

5. Gebührenziffer/n?

GOÄ/ GOP

Gebührenhöhe je Sitzung?

€

6. Anzahl der Behandlungen und Form der Anwendung?

- ausschließlich Einzelbehandlungen: \_\_\_\_\_  ausschließlich Gruppenbehandlungen: \_\_\_\_\_  
 Kombinationsbehandlungen mit  
 überwiegend Einzelbehandlung mit      Einzelsitzungen und      Gruppensitzungen  
 überwiegend Gruppenbehandlung mit      Einzelsitzungen und      Gruppensitzungen  
 Die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt. (In diesen Fällen muss jeder ein Antragsformular „Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie“ ausfüllen)

7. Begleitende Behandlung einer Bezugsperson bei psychotherapeutischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?

- keine begleitende Behandlung notwendig  
 Anzahl der Sitzungen für die Bezugsperson: \_\_\_\_\_

**IV. Fachkundennachweis für die beantragte Psychotherapie**

<b>1. Ärztinnen oder Ärzte</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin	
<input type="checkbox"/> Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Schwerpunkt Verhaltenstherapie	
<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung Psychoanalyse	
Verleihung der Bereichsbezeichnung:	<input type="checkbox"/> vor dem 1. April 1984 <input type="checkbox"/> nach dem 1. April 1984
Eine Berechtigung, die zu einer der nebenstehenden Behandlung befähigt, liegt vor für:	<input type="checkbox"/> Gruppenbehandlung <input type="checkbox"/> Behandlung von Kindern und Jugendlichen
<b>2. Psychologische Psychotherapeutinnen oder –therapeuten,/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder –therapeuten</b> (bitte Zutreffendes ankreuzen und/oder lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen)	
2.1 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG)	
Approbation als:	Datum der Approbation
<input type="checkbox"/> Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut	
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	
<input type="checkbox"/> Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	
Für welches – der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten - Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 Abs. 3 Nr.1 PsychThG und entsprechend 3.2, 3.3 sowie 4.2 der Anlage 3 (zu §§ 18 – 21) LBhVO vor?	
<input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie
<input type="checkbox"/> von Erwachsenen	Für die Behandlung <input type="checkbox"/> von Kindern <input type="checkbox"/> in Gruppen
Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG in der bis zum 31.08.2020 geltenden Fassung):	
Liegt	
a) ggf. eine entsprechende KV-Zulassung vor?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
	bei folgender KV:
	KV-Zulassungsnummer:
b) ein Eintrag in das Arztregister vor?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
	bei folgender KV:
Wenn a) und b) verneint, bitte Begründung angeben:	

<p>2.2 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut,          Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut          mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)</p>	
Approbation als:	Datum der Approbation
<input type="checkbox"/> Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut <input type="checkbox"/> Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	
KV-Zulassung bei folgender KV:	
ggf. Eintrag in das Arztregister bei folgender KV:	KV-Zulassungsnummer:
Bezogen auf KV-Zulassung oder Eintrag in das Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit 3.3, 3.5 und 4.3 der Anlage 2 (zu §§ 18 – 21) LBhVO sowie § 95c Satz 2 Nr. 3 SGB V an, für welches – der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten – Behandlungsverfahren Sie eine „vertiefte Ausbildung“ nach- gewiesen haben:	
<input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> analytische Psychothe- rapie Für die Behandlung <input type="checkbox"/> von Kindern
<input type="checkbox"/> von Erwachsenen	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> in Gruppen
Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.1998 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, für <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <b>und (!) analytische Psychotherapie</b> <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie
Name und Ort des Institutes:	
Datum des Abschlusses:	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <span>Ort, Datum</span> <span>Unterschrift und Stempel der/ des Therapeutin/ Therapeuten</span> </div>	

1 Bei Beantragung einer VT-KZT sind der Bericht an den Gutachter sowie der Konsiliarbericht nicht erforderlich.

Dieses Blatt (Rückseite des Anschreibens) wird als leere Seite ausgedruckt, um auch bei doppelseitigem Drucken des gesamten PDF-Dokumentes den Datenschutz zu wahren, da die Gutachterin/der Gutachter aus Datenschutzgründen nur den Pseudonymisierungscode, aber nicht die Namen der beihilfeberechtigten und/oder berücksichtigungsfähigen Person erfahren soll und daher die erste Seite dieses PDF-Dokuments in der Beihilfeakte verbleibt und nicht an die Gutachterin/den Gutachter weitergeleitet wird.



# Bericht

an die/den Gutachter/in  
zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie

**Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache (Arztbrief) gekennzeichneten Umschlag oder in dem von der Zentralen Beihilfestelle hierfür vorgesehenen "blauen Umschlag" zur Weiterleitung an die/den Gutachter/in zu übersenden.**

## I. Angaben zur Therapeutin/zum Therapeuten

Absender
Name und Anschrift der Therapeutin/des Therapeuten

## II. Angaben zur Patientin/ zum Patienten

Pseudonymisierungscode der beihilfeberechtigten Person			
(entspricht dem Personalkennzeichen bzw. der Versorgungsnummer der beihilfeberechtigten Person)			
Geburtsdatum	Geschlecht	Familienstand	Beruf

## III. Angaben zur Behandlung

2. vorgesehene Therapieform
3. Datum des Therapiebeginns
4. Anzahl und Frequenzen der seit Therapiebeginn durchgeführten Einzel- oder Gruppensitzungen
5. Anzahl und Frequenzen der voraussichtlich (noch) erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen insgesamt wöchentlich

## IV. Ausstellungsdatum

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

## V. Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie

### 1. Bericht der Therapeutin/des Therapeuten zum Antrag

*Bei Anträgen für Kinder- und Jugendliche (K & J) bitte ergänzende Hinweise angeben.*

Fallbezogene Anzahl zu den folgenden Gesichtspunkten:

- 1.1. **Spontanangaben** der Patientin/des Patienten zu seinem Beschwerdebild, dessen bisherigen Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. auf wessen Veranlassung? Therapieziele der Patientin/des Patienten (bei K & J auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer/ psychosomatischer Vorbehandlung bitte den Abschlussbericht beifügen.
- 1.2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, (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 K & J auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts.  
  
Psychopathologischer Befund (z. B. Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).
- 1.3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte "Ärztlichen Konsiliarbericht" beifügen (andernfalls ist eine Bearbeitung des Antrages **nicht** möglich!). Liegen Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung vor oder gibt es Bemerkenswertes zu Familienanamnese?
- 1.4. **Biographische 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 K & J auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.
- 1.5. **Psychodynamik und neurotische Erkrankungen:** Wie haben sich Biographie, 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 K & J: Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonellem Aspekt. Bei strukturellen Ichdefekten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die o. g. Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.
- 1.6. **Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/ oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inkl. differentialdiagnostischer Erwägungen.
- 1.7. **Behandlungsplan**, indikative Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und der Darlegung realisierbarer erscheinender Behandlungszielsetzung. Die Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie niederfrequente Therapie sind, bezogen auf die Therapiezielsetzung, 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.
- 1.8. **Prognostische Einschätzung**, bezogen auf die Therapiesitzungen mit Begründung durch Beurteilung des Problembewusstseins der Patientin/ des Patienten und ihrer/ seiner Verlässlichkeit, ihrer/ seiner Lebensbewältigung sowie ihrer/ seiner Fähigkeit oder Tendenz zu Regression, ihrer/ seiner Flexibilität und ihrer/ seiner Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei K & J auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin/ des Patienten, Veränderungen der realen Rollen in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

### 2. Bericht der Therapeutin/des Therapeuten zum Fortführungsantrag

- 2.1. Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differential-Diagnostik.
- 2.2. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbes. der Bearbeitung der individuellen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbedürfnisses.  
Bei K & J auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung der Therapeutin/ des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrages. Angaben zur Mitarbeit der Patientin/ des Patienten, ihre/ seine Regressionsfähigkeit oder -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei K & J Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.
- 2.3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin/ des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten der Patientin/ des Patienten, ihre/ seine Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.
- 2.4. Änderung des Therapieplanes mit Begründung.
- 2.5. 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.

## VI. Verhaltenstherapie

### 1. Bericht der Therapeutin/des Therapeuten zum Antrag

- 1.1. 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?)
- 1.2. Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin/ des Patienten und Krankheitsanamnese:**
- a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, sie 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 Bezugsperson zu machen.
- 1.3. 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) Psychologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der amnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).
- 1.4. Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte "Ärztlichen Konsiliarbericht" beifügen (andernfalls ist eine Bearbeitung des Antrages **nicht** möglich!). Liegen Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung vor oder gibt es Bemerkenswertes zu Familienanamnese?
- 1.5. 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.
- 1.6. Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, gg. unter Beifügung der Befundbericht.
- 1.7. 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.
- 1.8. Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Behandlungsfrequenzen und zur Sitzungsdauer (50 min., 100 min.). Begründung der Kombination von Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zu geplanten Einzel- und Gruppenbehandlungen, auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander, mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppenbehandlungen sowie zur Gruppengröße und -zusammensetzung.

### 2. Bericht der Therapeutin/des Therapeuten zum Fortführungsantrag

- 2.1. Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1.1. - 1.3. und 1.5. 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.
- 2.2. Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzutretene Symptomatik, Mitarbeit der Patientin/ des Patienten und ggf. der Bezugspersonen.
- 2.3. 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 Veränderungsmöglichkeit der Verhaltensstörungen der Patientin/ des Patienten.

Dieses Blatt (Rückseite des Anschreibens) wird als leere Seite ausgedruckt, um auch bei doppelseitigem Drucken des gesamten PDF-Dokumentes den Datenschutz zu wahren, da die Gutachterin/der Gutachter aus Datenschutzgründen nur den Pseudonymisierungscode, aber nicht die Namen der beihilfeberechtigten und/oder berücksichtigungsfähigen Person erfahren soll und daher die erste Seite dieses PDF-Dokumentes in der Beihilfeakte verbleibt und nicht an die Gutachterin/den Gutachter weitergeleitet wird.

# Konsiliarbericht

## vor Aufnahme einer Psychotherapie

(Bei Behandlung durch psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte beifügen)

**Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache (Arztbrief) gekennzeichneten Umschlag oder in dem von der Zentralen Beihilfestelle hierfür vorgesehenen "blauen Umschlag" zur Weiterleitung an die/ den Gutachter/in zu übersenden.**

### I. Angaben zur Therapeutin/zum Therapeuten

Auf Veranlassung von
Name der Therapeutin/des Therapeuten

### II. Angaben zur Patientin/zum Patienten

Pseudonymisierungscode der beihilfeberechtigten Person	Geburtsdatum
<small>(entspricht dem Personalkennzeichen bzw. der Versorgungsnummer der beihilfeberechtigten Person)</small>	

### III. Angaben zur Behandlung

6. vorgesehene Therapieform/Art der Maßnahme
7. Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund <small>(bei Kindern und Jugendlichen insbes. unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes)</small>
8. Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnesischen Daten
9. Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen
10. <input type="checkbox"/> Relevante Vor- und Parallelbehandlungen, stat./amb. (z. B. laufende Medikation)
11. <input type="checkbox"/> Befunde, die eine ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor

#### IV. Ergebnis(se)/Empfehlung(en)

12. <input type="checkbox"/> Aufgrund ärztlicher Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung.
13. <input type="checkbox"/> Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich.
14. <input type="checkbox"/> Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist <input type="checkbox"/> erfolgt. <input type="checkbox"/> veranlasst.
15. Folgende ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig.
16. Folgende ärztliche Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst.

---

#### V. Ausstellungsdatum

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel der/des Ärztin/Arztes
------------	--

- Ausfertigung für die Ärztin/den Arzt
- Ausfertigung für die Therapeutin/den Therapeuten

---