

## Bescheinigung der Behandlerin/des Behandlers

### I. Patientin/Patient

Nur Chiffre (Anfangsbuchstabe des Nachnamens und Geburtsdatum 6-stellig, z.B. T040763)	Sachb.Nr.	Personalnummer

Die Schweigepflichtentbindung liegt der Versorgungsausgleichskasse – Beihilfekasse – vor.

### II. Bescheinigung der Behandlerin/des Behandlers

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie       Analytische Psychotherapie  
 Verhaltenstherapie       Systemische Therapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

- Kurzzeittherapie       Akutbehandlung       Langzeittherapie

Anzahl der Sitzungen       Damaliges Verfahren   
Wann       Name der Gutachterin /  
des Gutachters

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

- Kurzzeittherapie (Bis zu 24 Sitzungen; Bericht nicht erforderlich)  
 Akutbehandlung (Kinder und Jugendliche bis zu 30 Sitzungen; Erwachsene bis zu 24 Sitzungen; Bericht nicht erforderlich)

Anzahl der Einzelsitzungen bei Langzeittherapie       Anzahl der Gruppensitzungen bei Langzeittherapie

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson beraten?

- ja       nein

6. Datum der letzten probatorischen Sitzung

### III. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. **Ärztinnen/Ärzte** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Fachärztin/Facharzt für psychotherapeutische Medizin  
 Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie  
 Zusatzbezeichnung Psychotherapie  
verliehen:  vor dem 1. April 1984       nach dem 1. April 1984  
 Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
 Schwerpunkt Verhaltenstherapie  
 Zusatzbezeichnung Psychoanalyse



**2. Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychologische Psychotherapeuten  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**  
(Zutreffendes ankreuzen)

2.1 Approbation gem. § 12 PsychThG (Übergangsvorschriften)

- Approbation durch (Behörde) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_
- Abschluss der Ausbildung in (Behandlungsverfahren?) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_
- An dem anerkannten Ausbildungsinstitut (Name, Ort) \_\_\_\_\_
- ggf. Eintragung in das Arztregister als  Psychologischer Psychotherapeut  
 Kinder- und Jugendlichentherapeut
- bei ehemals Fachpsychologen der Medizin gem. § 12 (2) PsychThG, KV-Nr. \_\_\_\_\_
- für Behandlungsverfahren  tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
 analytische Psychotherapie  
 Verhaltenstherapie

2.2 Approbation gem. § 2 in Verbindung mit §§ 5 und 6 PsychThG

- Abschluss der Ausbildung mit staatlicher Prüfung am \_\_\_\_\_
- an der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (Name, Ort) \_\_\_\_\_
- in Folgendem durch den wissenschaftlichen Beirat bei der Bundesärztekammer/Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anerkanntem Behandlungsverfahren  
\_\_\_\_\_
- Approbation durch (Behörde) \_\_\_\_\_

**3. Bei Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen**

(nicht bei Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie, nicht bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

- Berechtigung erteilt durch KV \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

**4. Bei Gruppenbehandlung**

(approbierte Therapeutinnen/Therapeuten ohne KV-Nr. wegen z. B. Überversorgung)

- Berechtigung zur Erbringung der beantragten Gruppentherapie erteilt durch KV  
\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_  
(nicht bei Fachärztin/Facharzt für psychotherapeutische Medizin)

Ort	Datum	Stempel der Behandlerin/des Behandlers
Unterschrift		



# Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie und Schweigepflichtentbindung

## I. Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter

Name, Vorname	Sachb.Nr. BF	Personalnummer
---------------	-----------------	----------------

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie durch die Behandlerin/den Behandler

\_\_\_\_\_  
Name der Behandlerin/des Behandlers

....., den .....

.....  
(Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten)

## II. Auskunft der Patientin/des Patienten

A) Wer wird behandelt?

Name, Vorname der Patientin/des Patienten	Geburtsdatum
---	--------------

### B) Schweigepflichtentbindung

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

....., den .....

.....  
(Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters)

### Hinweis für die Beihilfeberechtigte/den Beihilfeberechtigten

Der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie und die Schweigepflichtentbindung wird nicht an die Gutachterin/den Gutachter weitergeleitet und ist offen an folgende Adresse zu übersenden:

Versorgungsausgleichskasse  
– Beihilfekasse –  
Knooper Weg 71  
24116 Kiel





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

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

### I. Angaben über den Patienten

Nur Chiffre (Anfangsbuchstabe des Nachnamens und Geburtsdatum 6-stellig, z.B. T040763)		Familienstand
Geburtsdatum	Geschlecht	Beruf

### II. Angaben über die Behandlung

1. Art der vorgesehenen Therapie: .....
2. Datum des Therapiebeginns: .....
3. Datum der letzten probatorischen Sitzung: .....
4. Anzahl und Frequenz der seit Therapiebeginn durchgeführten Einzel- oder Gruppensitzungen: .....
5. Anzahl und Frequenz der voraussichtlich noch erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen (insgesamt und wöchentlich): .....

### III. Bericht der Behandlerin/des Behandlers 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, dessen bisherigem 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 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).
3. **Somatischer Befund:** Obligaten „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung 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 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 Kindern und Jugendlichen: 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.

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 Patientin/des Patienten und ihrer/seiner Verlässlichkeit, ihrer/seiner partiellen Lebensbewältigung, sowie ihrer/seiner Fähigkeit bzw. Tendenz zur Regression, ihrer/seiner Flexibilität und ihren/seinen Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei Kindern und Jugendlichen auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin/des Patienten, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

## 9. Angaben zur Eilbedürftigkeit des Therapiebeginns

### 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 Patientin/des Patienten, ihre/seine Regressionsfähigkeit bzw. –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 der Gruppe, Möglichkeiten der Patientin/des Patienten, ihre/seine Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.
4. Änderungen des Therapieplanes 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 Behandlerin/des Behandlers 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/Beziehungspersonen 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 sind möglichst auch für die Verhaltensanalyse relevante Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Beziehungspersonen 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 amnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).
4. **Somatischer Befund:** Obligaten „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 Beziehungspersonen 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 Beziehungspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.



8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination bzw. 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: 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.
9. **Angaben zur Eilbedürftigkeit des Therapiebeginns**

### Bericht zum Fortführungsantrag

1. **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1. – 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 bzw. 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.

....., den .....

.....  
Stempel und Unterschrift der Behandlerin/des Behandlers



Patientin / Patient – NUR CHIFFRE  
 (Anfangsbuchstabe des Nachnamens und  
 Geburtsdatum 6-stellig, z.B. T040763)

**Konsiliarbericht  
 vor Aufnahme einer Psychotherapie**

Auf Veranlassung von:

\_\_\_\_\_  
*Name der Therapeutin/des Therapeuten*

- 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 stat./amb. (z. B. laufende Medikation):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Befunde, die eine psychiatrische bzw. Kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist  erfolgt  veranlasst  
 Welche ärztlichen/ärztlich-veranlassten Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Welche ärztlichen Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ausstellungsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Stempel/Unterschrift der Ärztin/ des Arztes*

