

## Erklärung zum Bezug von Beihilfe für berücksichtigungsfähige Kinder und des erhöhten Bemessungssatzes (§§ 3 und 57 SächsBhVO)

### Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

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

|                                                                                                                                             |  |                                      |                                                  |                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <b>1. Beihilfeberechtigter</b>                                                                                                              |  |                                      | <b>2. (Selbst) beihilfeberechtigter Ehegatte</b> |                                      |  |
| Name, Vorname, Geburtsdatum                                                                                                                 |  |                                      | Name, Vorname, Geburtsdatum                      |                                      |  |
| Beschäftigungsbehörde/Dienststelle                                                                                                          |  |                                      | Beschäftigungsbehörde/Dienststelle               |                                      |  |
| Org.-Nr. – Personalnummer                                                                                                                   |  |                                      | Aktenzeichen                                     |                                      |  |
| <b>3. Berücksichtigungsfähige Kinder</b>                                                                                                    |  |                                      |                                                  |                                      |  |
| Name                                                                                                                                        |  | Vorname                              |                                                  | Geburtsdatum                         |  |
|                                                                                                                                             |  |                                      |                                                  |                                      |  |
|                                                                                                                                             |  |                                      |                                                  |                                      |  |
|                                                                                                                                             |  |                                      |                                                  |                                      |  |
|                                                                                                                                             |  |                                      |                                                  |                                      |  |
|                                                                                                                                             |  |                                      |                                                  |                                      |  |
| <b>4. Wir bestimmen gemeinsam,</b>                                                                                                          |  |                                      |                                                  |                                      |  |
| I. dass die folgende Person die Beihilfe für die Aufwendungen des/der unter Nummer 3 genannten Kindes/Kinder erhält (§ 3 Abs. 5 SächsBhVO): |  |                                      |                                                  |                                      |  |
| _____<br>Name, Vorname                                                                                                                      |  |                                      |                                                  |                                      |  |
| II. (Bei 2 und mehr Kindern) dass den erhöhten Bemessungssatz in Höhe von 70 Prozent die folgende Person erhält (§ 57 Abs. 3 SächsBhVO):    |  |                                      |                                                  |                                      |  |
| _____<br>Name, Vorname                                                                                                                      |  |                                      |                                                  |                                      |  |
| Uns ist bekannt, dass diese Bestimmung nur in Ausnahmefällen (zum Beispiel Scheidung) neu getroffen werden kann.                            |  |                                      |                                                  |                                      |  |
| Ort, Datum                                                                                                                                  |  | Unterschrift 1. Beihilfeberechtigter |                                                  | Unterschrift 2. Beihilfeberechtigter |  |

|                                                                                                                                                                                                    |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Bestätigung der anderen zuständigen Festsetzungsstelle</b>                                                                                                                                      |                                                              |
| Hiermit wird bestätigt, dass                                                                                                                                                                       |                                                              |
| – für Aufwendungen der oben genannten Kinder hier keine Beihilfe gewährt wird                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| – von hier bei der Festsetzung der Beihilfe für die unter Nummer 2 genannte Person kein erhöhter Bemessungssatz aufgrund von mindestens zwei berücksichtigungsfähigen Kindern zugrunde gelegt wird | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| Zuständige Festsetzungsstelle des Ehegatten (vollständige Adresse)                                                                                                                                 |                                                              |
| Telefon (für Rückfragen):                                                                                                                                                                          |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                              |
| Ort, Datum                                                                                                                                                                                         | Stempel/Unterschrift                                         |

## Erklärung der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG für den Ehegatten

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!</b><br><br>Landesamt für Steuern und Finanzen<br>Bezügestelle Dresden<br>Referat 339/D – Beihilfe<br>Postfach 10 06 55<br>01076 Dresden | Beihilfeberechtigter:<br><br><hr/> Org.-Nr. – Personalnummer:<br><br><hr/> Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten<br><br><hr/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Zeitraum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Höhe der Einkünfte in EUR | laut Steuerbescheid vom | ist beigelegt            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 01.01.20__ bis 31.12.20__                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                         | <input type="checkbox"/> |
| 01.01.20__ bis 31.12.20__                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                         | <input type="checkbox"/> |
| 01.01.20__ bis 31.12.20__                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                         | <input type="checkbox"/> |
| 01.01.20__ bis 31.12.20__                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Für den Zeitraum/die Zeiträume 01.01.20__ bis 31.12.20__, 01.01.20__ bis 31.12.20__, 01.01.20__ bis 31.12.20__, 01.01.20__ bis 31.12.20__<br><input type="checkbox"/> liegt noch kein Einkommensteuerbescheid <sup>1</sup> vor<br><input type="checkbox"/> wird/wurde keine Einkommensteuererklärung abgegeben, da keine Verpflichtung hierfür besteht <sup>2</sup> .<br>Die Einkünfte erklären wir wie folgt (Sind mehrere Jahre zu erklären, bitte mehrere Formblätter verwenden): |                           |                         |                          |
| Zeitraum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 01.01.20__ bis 31.12.20__ |                         |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           | Höhe (geschätzt) in EUR |                          |
| Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft nach §§ 13 bis 14a EStG (Gewinn)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                         |                          |
| Einkünfte aus Gewerbebetrieb nach §§ 15 bis 17 EStG (Gewinn)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                         |                          |
| Einkünfte aus selbständiger Arbeit nach § 18 EStG (Gewinn)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |                         |                          |
| Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit nach § 19 EStG (Einnahmen abzüglich Werbungskosten)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                         |                          |
| Einkünfte aus Kapitalvermögen, die von der Abgeltungssteuer erfasst werden, nach § 20 EStG (Einnahmen abzüglich Werbungskosten)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                         |                          |
| Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung nach § 21 EStG (Einnahmen abzüglich Werbungskosten)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                         |                          |
| Sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG <sup>3</sup> (Einnahmen abzüglich Werbungskosten)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                         |                          |
| Summe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                         |                          |
| Abzüglich                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                         |                          |
| – Altersentlastungsbetrag                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                         |                          |
| – den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                         |                          |
| – den Abzug nach § 13 Abs. 3 EStG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                         |                          |
| Einkünfte gesamt (§ 2 Abs. 3 EStG)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                         |                          |

Wir versichern, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Sofern keine Verpflichtung zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung besteht, versichern wir, dass keine weiteren Einkünfte erzielt wurden. Uns ist bekannt, dass die Beihilfe zurückgefordert werden kann, wenn die durchschnittlichen Einkünfte der letzten drei Jahre tatsächlich 18 000 EUR übersteigen.

Ort, Datum

Unterschrift Beihilfeberechtigter

Unterschrift Ehegatte

<sup>1</sup> Nach Erhalt des Einkommensteuerbescheides ist dieser unverzüglich der Festsetzungsstelle zur Aufhebung des Vorbehaltes vorzulegen.

<sup>2</sup> Bitte andere geeignete Nachweise (zum Beispiel Verdienstbescheinigungen, Bankbelege) vorlegen.

<sup>3</sup> Sonstige Einkünfte sind beispielsweise: Wiederkehrende Bezüge, Renten, Unterhaltsleistungen, Versorgungsleistungen, Ausgleichszahlungen im Rahmen des Versorgungsausgleichs, Einkünfte aus privaten Veräußerungsgeschäften, Entschädigungen, Amtszulagen, Zuschüsse zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen, Übergangsgelder, Überbrückungsgelder, Sterbegelder, Versorgungsabfindungen, Versorgungsbezüge, Leistungen aus Altersvorsorgeverträgen, Pensionsfonds, Pensionskassen und Direktversicherungen.

## Formblätter zum Verfahren bei ambulanter Psychotherapie

**Formblatt 1**  
(zu Nummer 16.3.2)

### Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

#### I. Pseudonymisierungscode des Beihilfeberechtigten

|  |
|--|
|  |
|--|

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Beihilfeberechtigten)

#### II. Auskunft des Patienten

A) Wer wird behandelt?

(Beihilfeberechtigter/Ehefrau/Ehemann/Sohn/Tochter)

|  |       |
|--|-------|
|  | Alter |
|--|-------|

B) Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Frau/Herrn

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

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters)

### III. Bescheinigung des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- ☐ Erstbehandlung    ☐ Verlängerung/Folgebehandlung  
☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
☐ Analytische Psychotherapie  
☐ Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

- ☐ Nein  
☐ Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_\_

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

\_\_\_\_\_ Anzahl der Einzelsitzungen  
\_\_\_\_\_ Anzahl der Gruppensitzungen

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

- ☐ Nein  
☐ Ja, \_\_\_\_\_ Anzahl der Sitzungen

6. Gebührenziffern: \_\_\_\_\_

Gebührenhöhe je Sitzung: \_\_\_\_\_

### IV. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

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

- ☐ Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
☐ Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin  
☐ Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
☐ Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
verliehen:    ☐ vor dem 1. April 1984  
                  ☐ nach dem 1. April 1984  
☐ Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
☐ Schwerpunkt Verhaltenstherapie  
☐ Bereichsbezeichnung Psychoanalyse  
Eine Berechtigung zur Behandlung  
☐ in Gruppen  
☐ von Kindern und Jugendlichen  
liegt vor.

## 2. Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Zutreffendes ankreuzen)

### 2.1 Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)

Datum der Approbation \_\_\_\_\_ als

☐ Psychologischer Psychotherapeut

☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

☐ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welche durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 Abs. 1, 3 PsychThG und entsprechend § 18 Abs. 3 Satz 1 und 2 oder § 19 Abs. 4 Satz 1 SächsBhVO vor?

☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

☐ Analytische Psychotherapie

☐ Verhaltenstherapie

bei ☐ Erwachsenen, bei ☐ Kindern und Jugendlichen, in ☐ Gruppen

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG)

Liegt

a) gegebenenfalls eine entsprechende KV-Zulassung vor?

Nein ☐ Ja ☐

KV-Zulassungsnummer: \_\_\_\_\_, bei welcher KV? \_\_\_\_\_

b) ein Eintrag in das Ärztereister vor?

Nein ☐ Ja ☐, bei welcher KV? \_\_\_\_\_

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

### 2.2 Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)

Datum der Approbation \_\_\_\_\_ als

☐ Psychologischer Psychotherapeut

☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

☐ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer: \_\_\_\_\_, bei welcher KV? \_\_\_\_\_

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV \_\_\_\_\_

Bezogen auf KV-Zulassung oder Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit § 18 Abs. 3 Satz 2 und 3 sowie § 19 Abs. 4 Satz 2 SächsBhVO und § 95c Nr. 2, 3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben.

☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

☐ Analytische Psychotherapie

☐ Verhaltenstherapie

bei ☐ Erwachsenen, bei ☐ Kindern und Jugendlichen, in ☐ Gruppen

Verfügen Sie gegebenenfalls über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31. Dezember 1998 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut: ☐ Nein ☐ Ja,

für ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie,

für ☐ Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes: \_\_\_\_\_

Datum des Abschlusses: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel des Therapeuten)

Absender: \_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Therapeuten)

**Bericht**

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

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Ärztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag an die Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter zu übersenden.

**I. Angaben über den Patienten**

|                                                                |               |
|----------------------------------------------------------------|---------------|
| Pseudonymisierungscode (von der Festsetzungsstelle vorgegeben) | Familienstand |
|----------------------------------------------------------------|---------------|

|       |            |       |
|-------|------------|-------|
| Alter | Geschlecht | Beruf |
|-------|------------|-------|

**II. Angaben über die Behandlung**

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

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

**Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.**

**Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:**

1. **Spontanangaben** des Patienten zu seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, gegebenenfalls bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, gegebenenfalls von wem veranlasst? Therapieziele des Patienten (bei Kindern und Jugendlichen auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer/psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlussbericht beifügen.
2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei Kindern und Jugendlichen auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts. Psychopathologischer Befund (zum Beispiel Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).
3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung des Patienten in seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei Kindern und Jugendlichen auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.
5. **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 oben genannten Konflikte. Gegebenenfalls 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 des Patienten und seiner Verlässlichkeit, seiner partiellen Lebensbewältigung, sowie seiner Fähigkeit oder Tendenz zur Regression, seiner Flexibilität und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei Kindern und Jugendlichen auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

#### **Bericht zum Fortführungsantrag**

1. Eventuell 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 des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit des Patienten, seine Regressionsfähigkeit oder -tendenz, eventuell Fixierungen versus Flexibilität. Bei Kindern und Jugendlichen Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.
3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten des Patienten, 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 des Patienten und Berücksichtigung eventueller krankheitsfixierender Umstände.

#### **IV. Bericht des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie**

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Klagen des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten gegebenenfalls auch Bericht der Angehörigen/Bezugspersonen des Patienten. (Warum kommt der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?)
2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung 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 (zum Beispiel Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der anamnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).
4. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltensexzessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.  
Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik Beschreibung von Verhaltensaktiva und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.
6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, gegebenenfalls unter Beifügung der Befundberichte.
7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit gegebenenfalls gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; gegebenenfalls Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.
8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

#### **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 des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, gegebenenfalls testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose oder Differentialdiagnose.
2. **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, gegebenenfalls neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit des Patienten und gegebenenfalls der Bezugspersonen.
3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und gegebenenfalls Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen des Patienten.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel des Therapeuten)

|                        |
|------------------------|
| Pseudonymisierungscode |
|                        |
|                        |

**Konsiliarbericht\***

**vor Aufnahme einer Psychotherapie auf  
Veranlassung von:**

\_\_\_\_\_  
Name des Therapeuten

☐ 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 (zum Beispiel laufende Medikation):

|  |
|--|
|  |
|--|

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

|  |
|--|
|  |
|--|

\* Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.

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

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

Welche ärztlichen/ärztlich veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst?

☐ Bestehen aufgrund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

☐ Ja    ☐ Nein

---

Ausstellungsdatum

---

Stempel/Unterschrift des Arztes

(Festsetzungsstelle)

\_\_\_\_\_  
┌ (Anschrift des Gutachters) ┐  
└──────────────────────────┘

┌──────────────────────────┐  
└──────────────────────────┘

**Sächsische Beihilfeverordnung (SächsBhVO)**  
**hier:** Psychotherapie-Gutachten

Sehr geehrte(r) Frau/Herr,

ich bitte um gutachtliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung der Person mit Pseudonymisierungscode \_\_\_\_\_

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

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt.

(Gutachten vom \_\_\_\_\_ Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_\_

Name des Gutachters \_\_\_\_\_)\*

Ihr Gutachten bitte ich mir in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes 4 nebst einer Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41,00 EUR zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

**Anlagen:**

- 1 Antrag (Formblatt 1)
- 1 Bericht des Therapeuten (Formblatt 2) in verschlossenem Umschlag
- 1 Psychotherapie-Gutachten (Formblatt 4 – dreifach)
- 1 Freiumschlag

\* Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

**Psychotherapie-Gutachten**

für \_\_\_\_\_  
(Pseudonymisierungscode)

**Auftragsschreiben vom** \_\_\_\_\_

**Stellungnahme:**

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?

1. Für den Patienten
2. Für die begleitende Psychotherapie der Bezugsperson

| Einzel-sitzungen |
|------------------|
|                  |
|                  |

| Gruppensitzungen |
|------------------|
|                  |
|                  |

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Gutachters)

**Bitte zweifach übersenden**

(Festsetzungsstelle)

\_\_\_\_\_

┌ (Anschrift des Beihilfeberechtigten oder  
des Bevollmächtigten) ┐  
|  
|  
└──────────────────────────┘

┌  
|  
|  
└──────────────────────────┘

**Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach der Sächsischen Beihilfeverordnung (SächsBhVO)**

Ihr Antrag vom

Sehr geehrte(r) Frau/Herr,

aufgrund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

- ☐ tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie  
☐ analytischen Psychotherapie  
☐ Verhaltenstherapie

für \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_  
(Name des Patienten) (Name des Therapeuten)

für eine ☐ Einzelbehandlung  
☐ Gruppenbehandlung  
bis zu – weiteren\* – \_\_\_\_\_ Sitzungen

für eine ☐ begleitende Behandlung der Bezugsperson  
bis zu – weiteren\* – \_\_\_\_\_ Sitzungen

nach Maßgabe der SächsBhVO als beihilfefähig anerkannt.

**Rechtsbehelfsbelehrung:**

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist beim

Widerspruchsbehörde  
(Hausanschrift)

schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.

Mit freundlichen Grüßen

\* Wenn nicht zutreffend streichen

## **Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining** **vom 1. Januar 2011**

Um sicherzustellen, dass Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX im Rahmen der für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften nach einheitlichen Grundsätzen erbracht beziehungsweise gefördert werden, treffen die Rehabilitationsträger

- die gesetzlichen Krankenkassen
- die gesetzlichen Unfallversicherungsträger
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte
- die Träger der Kriegsopferversorgung

und

- der Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e. V.
- der Deutsche Behindertensportverband e. V., zugleich in Vertretung des Deutschen Olympischen Sportbundes,
- die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V.
- die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

und

- die Kassenärztliche Bundesvereinigung
- unter Beteiligung und Beratung
- des Weibernetz e. V.

nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) die folgende Rahmenvereinbarung.

Ihren Beitritt zur Rahmenvereinbarung haben außerdem erklärt:

- Bundesselbsthilfeverband Gesunde Knochen e. V.
- Deutsche Fibromyalgie Vereinigung e. V.
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e. V.
- Deutsche Parkinson Vereinigung e. V.
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.
- Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V.
- Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e. V.
- RehaSport Deutschland e. V.

### **1 Zuständigkeit der Rehabilitationsträger/Leistungsabgrenzung**

- 1.1 Die Rehabilitationsträger erbringen Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX in Verbindung mit § 43 SGB V, § 28 SGB VI, § 39 SGB VII, § 10 Abs. 1 ALG sowie Leistungen nach § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 BVG<sup>1</sup>, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.<sup>2</sup>  
Diese Rehabilitationsziele orientieren sich im Sinne der ICF an dem gesamten Lebenshintergrund der betroffenen Menschen. Sofern inhaltlich notwendig, sind die Grundprinzipien der ICF im Sinne einer ganzheitlichen Ausrichtung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings zu beachten.
- 1.2 Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn bereits während dieser Leistung die Notwendigkeit der Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining vom Arzt/von der Ärztin der Rehabilitationseinrichtung festgestellt worden ist und der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch den Rehabilitationssport/das Funktionstraining innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnt.
- 1.3 Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining ergänzend zu medizinischen Maßnahmen und im Anschluss an diese, im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie auch im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- 1.4 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind nicht als Ersatz für unzureichende Angebote an Spiel- und Sportmöglichkeiten in Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe, im Kindergarten, im allgemeinen Sportunterricht und in Sondergruppen außerhalb des Schulbetriebs zu verordnen.

<sup>1</sup> BVG – Bundesversorgungsgesetz, SGB – Sozialgesetzbuch, ALG – Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte.

<sup>2</sup> Versehrtenleibesübungen sind nicht Gegenstand dieser Rahmenvereinbarung; für die Versehrtenleibesübungen gilt § 10 Abs. 3 BVG.



- 1.5 Durch diese Rahmenvereinbarung unberührt bleiben die Durchführung von Breiten-, Freizeit- und Leistungssport behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen sowie die Zuständigkeit für die Ausbildung des bei der Durchführung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings notwendigen Personals.

## **2 Ziel, Zweck und Inhalt des Rehabilitationssports**

- 2.1 Rehabilitationssport kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen<sup>3</sup> in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Ziffer 15.1 ist zu beachten.
- 2.2 Ziel des Rehabilitationssports ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotentiale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen, zum Beispiel durch weiteres Sporttreiben in der bisherigen Gruppe beziehungsweise im Verein auf eigene Kosten.
- 2.3 Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Zu diesen Personenkreisen gehören im Sinne der Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.
- 2.4 Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppenspezifische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken. Auch Maßnahmen, die einem krankheits-/behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung psychosozialer Krankheitsfolgen dienen (zum Beispiel Entspannungsübungen), sowie die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen können Bestandteil des Rehabilitationssports sein. Die einzelnen Maßnahmen sind dabei auf die Erfordernisse der Teilnehmer/-innen abzustellen.
- 2.5 Rehabilitationssport kann auch spezielle Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen umfassen, deren Selbstbewusstsein als Folge der Behinderung oder drohenden Behinderung eingeschränkt ist und bei denen die Stärkung des Selbstbewusstseins im Rahmen des Rehabilitationssports erreicht werden kann.

## **3 Ziel, Zweck und Inhalt des Funktionstrainings**

- 3.1 Funktionstraining kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen<sup>4</sup> in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Insbesondere kann Funktionstraining bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane angezeigt sein. Ziffer 15.1 ist zu beachten.
- 3.2 Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotentiale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen, zum Beispiel durch die weitere Teilnahme an Bewegungsangeboten auf eigene Kosten.
- 3.3 Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke und so weiter) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Funktionstraining ist im Wesentlichen organorientiert.
- 3.4 Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe unter fachkundiger Leitung vor allem durch Physiotherapeuten/-innen/Krankengymnasten/-innen/Ergotherapeuten/-innen im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppenspezifische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbst-

---

<sup>3</sup> Zu diesen Personenkreisen gehören im Sinne der Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.

<sup>4</sup> Zu diesen Personenkreisen gehören im Sinne der Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.

hilfecharakter der Leistung zu stärken. Neben den bewegungstherapeutischen Übungen können Gelenkschutzmaßnahmen und die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen und von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens Bestandteil des Funktionstrainings sein.

#### **4 Leistungsumfang/Dauer/Leistungsausschlüsse**

- 4.1 Die Erforderlichkeit für Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne dieser Vereinbarung ist grundsätzlich so lange gegeben, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltungen auf die fachkundige Leitung des/der Übungsleiter/-in/Therapeuten/-in angewiesen ist, um die in Ziffer 2.2 und Ziffer 3.2 genannten Ziele zu erreichen. Die nachfolgend genannten Angaben zur Dauer der Leistungen sind Richtwerte, von denen auf der Grundlage individueller Prüfung nach den Erfordernissen des Einzelfalls abgewichen werden kann. Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins werden als Bestandteil des Rehabilitationssports in der Regel im Umfang von 28 Übungseinheiten (Richtwert) übernommen.
- 4.2 In der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte werden Rehabilitationssport und Funktionstraining in der Regel bis zu 6 Monaten, längstens bis zu 12 Monaten, übernommen. Eine längere Leistungsdauer als 6 Monate ist möglich, wenn dieses aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Dies kann der Fall sein, wenn:
- bei einer schweren chronischen Herzkrankheit weiterhin ärztliche Aufsicht erforderlich ist oder
  - eine eigenverantwortliche Durchführung des Rehabilitationssports beziehungsweise des Funktionstrainings krankheits-/behinderungsbedingt nicht oder noch nicht möglich ist, weil zum Beispiel wegen der Veränderungen des Krankheitsbildes eine ständige Anpassung der Übungen erforderlich ist
- In der Rentenversicherung richtet sich der Umfang von Übungseinheiten für Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins abweichend von Ziffer 4.1 nach dem Leistungsumfang des verordneten Rehabilitationssports.
- 4.3 Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Dauer des Anspruchs auf Rehabilitationssport/Funktionstraining grundsätzlich nicht begrenzt. Auch eine wiederholte Gewährung von Rehabilitationssport/Funktionstraining ist daher möglich. Dies kommt insbesondere in Betracht bei:
- schweren Mobilitätsbehinderungen (Cerebralparese, Querschnittlähmung, Amputation, schwere Schädel-Hirnverletzung oder Lähmung von Gliedmaßen, unter anderem Bein oder Arm),
  - Erblindung.
- 4.4 In der gesetzlichen Krankenversicherung werden Rehabilitationssport und Funktionstraining solange erbracht, wie die Leistungen im Einzelfall notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind. In der Regel erstreckt sich der Leistungsumfang auf die in den Ziffern 4.4.1 bis 4.4.3 genannten Zeiträume (Richtwerte). Leistungen anderer Rehabilitationsträger, die im zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der beantragten Leistung stehen, werden auf den Leistungsumfang nach den Ziffern 4.4.1 bis 4.4.4 angerechnet.
- 4.4.1 Rehabilitationssport:
- In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports in der Regel 50 Übungseinheiten (Richtwert), die in einem Zeitraum von 18 Monaten in Anspruch genommen werden können. Bei einer Bewilligung von weniger als 50 Übungseinheiten ist der vorgenannte Zeitraum angemessen zu verkürzen, um die Zielsetzung des Rehabilitationssports zu erreichen.
- Bei folgenden Krankheiten kann wegen der häufig schweren Beeinträchtigungen der Mobilität oder Selbstversorgung im Sinne der ICF sowie der erforderlichen komplexen Übungen ein erweiterter Leistungsumfang von insgesamt 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten (Richtwerte) notwendig sein und bewilligt werden:
1. Infantile Zerebralparese
  2. Querschnittlähmung, schwere Lähmungen (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
  3. Doppelamputation von Gliedmaßen (Arm/Arm, Bein/Bein, Arm/Bein)
  4. Organische Hirnschädigungen durch:
    - Schädel-Hirn-Trauma
    - Tumore
    - Infektion (Folgen entzündlicher Krankheiten des ZNS)
    - vaskulären Insult (Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit)
  5. Multiple Sklerose
  6. Morbus Parkinson
  7. Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans)
  8. Glasknochen (Osteogenesis imperfecta)
  9. Muskeldystrophie
  10. Marfan-Syndrom
  11. Asthma bronchiale
  12. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
  13. Mukoviszidose (zystische Fibrose)
  14. Polyneuropathie
  15. Dialysepflichtiges Nierenversagen (terminale Niereninsuffizienz).

Auch bei therapieresistenter Epilepsie kann wegen der besonderen Anforderungen an die individuelle Betreuung der erweiterte Leistungsumfang von 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten (Richtwerte) notwendig sein. Ebenso kann bei einer in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworbenen Blindheit beider Augen wegen der schwierigen und zu erlernenden Orientierung im Raum dieser erweiterte Leistungsumfang in Betracht kommen.

#### 4.4.2 Rehabilitationssport in Herzgruppen:

In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports in Herzgruppen bei chronischen Herzkrankheiten (einschließlich koronarer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Kardiomyopathien, Klappenerkrankungen und Z. n. kardio-vaskulären Interventionen/Operationen) 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 24 Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte). Bei herzkranken Kindern und Jugendlichen beträgt der Leistungsumfang 120 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten (Richtwerte).

Weitere Verordnungen sind möglich bei maximaler Belastungsgrenze  $< 1,4$  Watt/kg Körpergewicht (Nachweise nicht älter als 6 Monate) als Folge einer Herzkrankheit oder aufgrund von kardialen Ischämiekriterien.

Bei anderen Indikationen ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind (vergleiche Ziffer 4.4.4).

Der Leistungsumfang beträgt bei weiterer Verordnung jeweils 45 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 12 Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte).

Rehabilitationssport im Leistungsumfang nach Satz 1 kann nach wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung erneut in Betracht kommen:

- nach akutem Herz-Kreislaufstillstand,
- nach akutem Koronarsyndrom, Myokardinfarkt oder instabiler Angina pectoris,
- nach Krankenhausbehandlung wegen Herzinsuffizienz oder Kardiomyopathie (ausgenommen hypertrophe Kardiomyopathie oder Myokarditis  $< 6$  Monate),
- nach Intervention/Operation an den Koronararterien (PCI, Bypass-OP),
- nach Intervention/Operation an den Herzklappen,
- nach Implantation eines ICD (Implantierbarer Kardioverterdefibrillator), eines PM (Herzschrittmachers) oder CRT-P (Biventrikulärer Herzschrittmacher) und
- nach Herztransplantation.

Hinsichtlich der Besonderheiten des Rehabilitationssports mit herzkranken Kindern ist das DGPR-Positionspapier „Die Kinderherzgruppe (KHG)“ vom Oktober 2005 zu beachten.

#### 4.4.3 Funktionstraining:

In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Funktionstrainings in der Regel 12 Monate (Richtwert). Bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität durch chronisch beziehungsweise chronisch progredient verlaufende entzündlich rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Psoriasis-Arthritis), schwere Polyarthrosen, Kollagenosen, Fibromyalgie-Syndrome und Osteoporose beträgt der Leistungsumfang 24 Monate (Richtwert).

#### 4.4.4 Eine längere Leistungsdauer ist nach Einzelfallprüfung möglich, wenn die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind.

Sie kann insbesondere notwendig sein, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist. In diesen Fällen sollten in der Regel die Erst- beziehungsweise gegebenenfalls weitere Verordnung(en) bei Rehabilitationssport jeweils 120 Übungseinheiten in 36 Monaten, bei Funktionstraining jeweils 24 Monate nicht überschreiten (Richtwerte). Für Rehabilitationssport in Herzgruppen gelten in diesen Fällen die Regelungen unter 4.4.2.

#### 4.5 Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne dieser Vereinbarung sind nicht Übungen ohne medizinische Notwendigkeit, die lediglich der Erzielung oder Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen dienen (zum Beispiel freies Schwimmen an so genannten Warmbadetagen).

#### 4.6 Rehabilitationssport ist kein Leistungssport. Das schließt Leistungsvergleiche unter Teilnehmern/-innen an einer Übungsveranstaltung nicht aus.

#### 4.7 Vom Rehabilitationssport und Funktionstraining ausgeschlossen sind Maßnahmen,

- die vorrangig oder ausschließlich auf Beratung und Einübung von Hilfsmitteln abzielen (zum Beispiel Rollstuhlkurse),
- die vorrangig oder ausschließlich Selbstverteidigungsübungen und Übungen aus dem Kampfsportbereich umfassen,
- die Übungen an technischen Geräten, die zum Muskelaufbau oder zur Ausdauersteigerung dienen (zum Beispiel Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Hantelbank, Arm-/Beinpresse, Laufband, Rudergerät, Crosstrainer), beinhalten. Eine Ausnahme stellt insoweit das Training auf Fahrradergometern in Herzgruppen dar.

## **5 Rehabilitationssportarten**

### **5.1 Rehabilitationssportarten sind:**

- Gymnastik,
- Leichtathletik,
- Schwimmen,
- Bewegungsspiele in Gruppen,
- soweit es sich um Übungen handelt, mit denen das Ziel des Rehabilitationssports erreicht werden kann.

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen stellen eine besondere Form des Rehabilitationssports dar, die als eigenständige Übungsveranstaltung angeboten werden. Geeignete Übungsinhalte anderer Sportarten können in die Übungsveranstaltungen eingebunden werden (zum Beispiel Elemente aus Judo, Karate, Taekwon-Do, Jiu-Jitsu, Entspannungsübungen).

### **5.2 Die Rehabilitationsträger können weitere Rehabilitationssportarten anerkennen, wenn das Ziel des Rehabilitationssports durch die in Ziffer 5.1 genannten Rehabilitationssportarten nicht erreicht werden kann (zum Beispiel Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl, Sportkegeln für blinde Menschen).**

### **5.3 Für eine Anerkennung als Rehabilitationssport kommen nicht in Betracht:**

- Kampfsportarten und Sportarten der Selbstverteidigung (zum Beispiel Boxen, Kickboxen, Ringen, Judo, Karate, Taekwon-Do, Jiu-Jitsu),
- Sportarten, bei denen eine erhöhte Verletzungsgefahr oder ein anderes gesundheitliches Risiko besteht,
- Sportarten, die gemessen an den Kosten für den Rehabilitationssport im Sinne der Ziffer 5.1 einen unverhältnismäßig hohen finanziellen Aufwand erfordern.

## **6 Funktionstrainingsarten**

Funktionstrainingsarten sind insbesondere:

- Trockengymnastik
- Wassergymnastik

## **7 Durchführung des Rehabilitationssports/Funktionstrainings**

### **7.1 Die Durchführung des Rehabilitationssports obliegt in der Regel den örtlichen Rehabilitationssportgruppen, die über die Landesbehinderten-Sportverbände dem Deutschen Behinderten-Sportverband (DBS) angehören. Auch andere Organisationen (zum Beispiel die Mitgliedsvereine der Landessportbünde beziehungsweise deren Fachverbände, die Mitglieder der Landesorganisationen der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen – DGPR) können den Rehabilitationssport durchführen.**

### **7.2 Die Durchführung des Funktionstrainings obliegt in der Regel den örtlichen Arbeitsgemeinschaften, die über die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga angehören. Auch andere Selbsthilfegruppen (zum Beispiel Selbsthilfegruppen des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew) können das Funktionstraining durchführen.**

## **8 Anerkennung und Überprüfung der Rehabilitationssportgruppen**

### **8.1 Rehabilitationssportgruppen bedürfen der Anerkennung. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien (vergleiche Anlage).**

### **8.2 Die Anerkennung dieser Gruppen erfolgt grundsätzlich durch die Landesverbände des DBS. Bei Herzgruppen wird die Anerkennung auch durch die Landesorganisationen der DGPR ausgesprochen.**

### **8.3 Die Anerkennung kann auch durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene aller am Rehabilitationssport beteiligten Rehabilitationsträger, Verbände und Institutionen erfolgen.**

### **8.4 Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen, die nicht Mitglied in einem/r Landesverband/-organisation des DBS beziehungsweise der DGPR sind, erfolgt durch die Rehabilitationsträger beziehungsweise Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene.**

### **8.5 Die Anerkennung kann durch vertragliche Regelungen auf Dritte übertragen werden.**

### **8.6 Die Ziffern 8.2 bis 8.4 gelten, sofern nicht ein Rehabilitationsträger sich die Anerkennung vorbehält.**

### **8.7 Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Rehabilitationssports erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Rehabilitationssportgruppen verantwortlich sind. Nummer 19.1 ist zu beachten. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger berechtigt, die ordnungsgemäße Durchführung des Rehabilitationssports im Einzelfall zu prüfen.**

- 8.8 Die anerkannten Gruppen sind den Rehabilitationsträgern regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu melden.

## **9 Anerkennung und Überprüfung von Funktionstrainingsgruppen**

- 9.1 Funktionstrainingsgruppen bedürfen der Anerkennung. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien (vergleiche Anlage).
- 9.2 Bei Rheuma-Funktionstrainingsgruppen wird die Anerkennung grundsätzlich durch die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga ausgesprochen.
- 9.3 Die Anerkennung kann auch durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene aller am Funktionstraining beteiligten Rehabilitationsträger, Verbände und Institutionen erfolgen.
- 9.4 Die Anerkennung von Funktionstrainingsgruppen, die nicht einem Mitgliedsverband der Deutschen Rheuma-Liga angehören, erfolgt durch die Rehabilitationsträger beziehungsweise durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene.
- 9.5 Die Anerkennung kann durch vertragliche Regelungen auf Dritte übertragen werden.
- 9.6 Die Ziffern 9.2 bis 9.4 gelten, sofern nicht ein Rehabilitationsträger sich die Anerkennung vorbehält.
- 9.7 Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Funktionstrainings erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Funktionstrainingsgruppen verantwortlich sind. Ziffer 19.1 ist zu beachten. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger berechtigt, die ordnungsgemäße Durchführung des Funktionstrainings im Einzelfall zu prüfen.
- 9.8 Die anerkannten Gruppen sind den Rehabilitationsträgern regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu melden.

## **10 Übungsgruppen für Rehabilitationssport, Dauer der Übungseinheiten**

- 10.1 Beim Rehabilitationssport beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in. Bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins ist die Zahl der Teilnehmerinnen einer Übungsveranstaltung auf 12 begrenzt. Geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen.  
Bei der Durchführung von Rehabilitationssport in Herzgruppen bestimmt der/die betreuende Arzt/Ärztin die Teilnehmerzahl, die nicht größer als 20 sein darf.  
Sofern Menschen mit Blindheit, Doppelamputation, Hirnverletzung, behinderte Menschen mit schweren Lähmungen oder andere schwerstbehinderte Menschen Rehabilitationssport in spezifischen Übungsgruppen durchführen, sollen diesen nicht mehr als 7 Teilnehmer/-innen angehören.
- 10.2 Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und für Jugendliche sind möglichst altersgerechte Übungsgruppen zu bilden. Die Zahl der Teilnehmer/-innen einer Übungsgruppe für Kinder soll 10, bei schwerstbehinderten Kindern 5 nicht übersteigen. Für Jugendliche gilt hinsichtlich der Gruppengröße Ziffer 10.1 entsprechend.
- 10.3 Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 45 Minuten, beim Rehabilitationssport in Herzgruppen mindestens 60 Minuten betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.  
Bei der Durchführung von Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins können auch Übungsveranstaltungen zusammengefasst werden.

## **11 Übungsgruppen für Funktionstraining, Dauer der Übungseinheiten**

- 11.1 Beim Funktionstraining beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmer/-innen je Therapeut/-in/Übungsleiter/-in. Geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen. In Abhängigkeit von Erkrankung und Therapieziel sollen erforderlichenfalls spezielle Übungsgruppen gebildet werden.
- 11.2 Ziffer 10.2 gilt entsprechend.
- 11.3 Trocken- und Wassergymnastik können sich ergänzen; sofern beide Formen medizinisch erforderlich sind, sollen sie an jeweils verschiedenen Wochentagen stattfinden.
- 11.4 Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 30 Minuten bei Trockengymnastik beziehungsweise grundsätzlich mindestens 15 Minuten bei Wassergymnastik betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.

## **12 Ärztliche Betreuung/Überwachung des Rehabilitationssports**

- 12.1 Grundsätzlich erfolgen die ärztliche Betreuung und Überwachung des einzelnen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen auch im Hinblick auf den Rehabilitationssport durch den behandelnden/verordnenden Arzt/die behandelnde/verordnende Ärztin.  
Die Betreuung der Rehabilitationssportgruppen erfolgt durch einen Arzt/eine Ärztin, der/die die Teilnehmer/-innen und die Übungsleiter/-in bei Bedarf während der Übungsveranstaltung berät. Dieser Arzt/diese Ärztin informiert die/den behandelnde/n/verordnende/n Arzt/Ärztin über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports, sofern dies für die Verordnung/Behandlung von Bedeutung ist.
- 12.2 Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen ist die ständige, persönliche Anwesenheit eines/einer betreuenden Arztes/Ärztin während der Übungsveranstaltungen erforderlich.  
Mit der ärztlichen Betreuung und Überwachung des Rehabilitationssports in Herzgruppen sind auf dem Gebiet des Rehabilitationssports erfahrene Ärzte/Ärztinnen zu beauftragen. Ihre Aufgabe ist es,
- auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde die auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen abgestimmten Übungen festzulegen,
  - zu Beginn jeder Übungsveranstaltung die Belastbarkeit durch Befragung festzustellen und in der Trainingsgestaltung zu berücksichtigen; gegebenenfalls sind dem/der Übungsleiter/-in entsprechende Anweisungen zu erteilen,
  - während der Übungen die Teilnehmer/-innen zu überwachen,
  - den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zu beraten.
- Die Belastungsvorgaben einschließlich der Befunde sowie besondere Hinweise wie Einschränkungen und so weiter sind schriftlich zu dokumentieren.  
Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen gelten zusätzlich die mit den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger abgestimmten Leitlinien der DGPR.

## **13 Leitung des Rehabilitationssports**

- 13.1 Beim Rehabilitationssport müssen die Übungen von Übungsleitern/-innen geleitet werden, die aufgrund eines besonderen Qualifikationsnachweises – zum Beispiel Übungsleiter/-in „Rehabilitationssport“ nach den Ausbildungsrichtlinien des DBS beziehungsweise nach den Rahmen-Richtlinien für die Ausbildung im Bereich des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB), für die Leitung von Herzgruppen der zwischen DBS, DOSB und der DGPR abgestimmte Qualifikationsnachweis – die Gewähr für eine fachkundige Anleitung und Überwachung der Gruppen bieten. Die Inhalte der Qualifikationsnachweise sind mit den Rehabilitationsträgern auf Ebene der BAR abzustimmen.
- 13.2 Die für den Rehabilitationssport mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Übungsleiter/-innen müssen darüber hinaus die dafür erforderlichen psychologisch-pädagogischen Fähigkeiten besitzen.
- 13.3 Eigenständige Übungsveranstaltungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen werden grundsätzlich von zwei Übungsleiterinnen geleitet, wobei eine Übungsleiterin die notwendige Handlungs-, Fach-, Methoden-, Personal- und Sozialkompetenz für deren Durchführung durch entsprechende Fort-/Zusatzausbildung (zum Beispiel Ausbildungsmodul „Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen“ des DBS) nachzuweisen hat. Abweichungen von der Zahl der Übungsleiterinnen sind gegenüber den Rehabilitationsträgern anzuzeigen und zu begründen.

## **14 Leitung des Funktionstrainings**

- 14.1 Beim Funktionstraining kommen für die Leitung der Trainingsgruppen vor allem Physiotherapeuten/-innen/Krankengymnasten/-innen und/oder Ergotherapeuten/-innen mit speziellen Erfahrungen und spezieller Fortbildung für den Bereich der rheumatischen Erkrankungen/Osteoporose einschließlich Wassergymnastik und Atemgymnastik und mit Kenntnissen und Erfahrungen in der psychischen und pädagogischen Führung in Betracht. Sie müssen in der Lage sein, die Leistungsfähigkeit und die darauf abzustimmenden Übungen für den/die einzelnen Patienten/-in einzuschätzen.
- 14.2 Die Leitung der Funktionstrainingsgruppen kann auch von anderen qualifizierten Therapeuten/-innen wahrgenommen werden, die über eine nach Ziffer 14.1 vergleichbare therapeutische Ausbildung verfügen und an einer von den Rehabilitationsträgern anerkannten Fort-/Zusatzausbildung für das Funktionstraining teilgenommen haben.
- 14.3 Die erforderliche ergotherapeutische Betreuung soll, insbesondere auch im Hinblick auf die Beratung über Ausstattung und Einübung im Gebrauch von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens, gewährleistet sein. Zu beachten ist Ziffer 3.4.
- 14.4 Die für Funktionstraining mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Therapeuten/-innen müssen darüber hinaus die dafür erforderlichen psychologisch-pädagogischen Fähigkeiten besitzen.



## **15 Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining**

- 15.1 Rehabilitationssport und Funktionstraining werden indikationsgerecht von dem behandelnden Arzt/der Ärztin verordnet. Für die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte kann Rehabilitationssport und Funktionstraining auch durch den Arzt/die Ärztin der Rehabilitationseinrichtung verordnet werden. Ziffer 1.2 ist zu beachten.
- 15.2 Die Verordnung muss enthalten:
1. die Diagnose nach ICD 10, gegebenenfalls die Nebendiagnosen, soweit sie Berücksichtigung finden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit haben,
  2. die Gründe und Ziele, weshalb Rehabilitationssport/Funktionstraining (weiterhin) erforderlich ist; dazu sind auch Angaben über die vorliegenden Funktionseinschränkungen und zur psychischen und physischen Belastbarkeit zu machen,
  3. die Dauer des Rehabilitationssports beziehungsweise des Funktionstrainings,
  4. eine Empfehlung für die Auswahl der für die Behinderung geeigneten Rehabilitationssportart beziehungsweise Funktionstrainingsart, bei Herzgruppen die Empfehlung zur Übungs- oder Trainingsgruppe sowie bei Bedarf die Empfehlung zur Durchführung von Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen und für besondere Inhalte des Rehabilitationssports,
  5. bei weiteren Verordnungen ergänzend die Gründe, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen.
- 15.3 Die einzelne Verordnung erstreckt sich im Allgemeinen auf bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche; sie gilt nur für den vom verordnenden Arzt/von der verordnenden Ärztin für notwendig erachteten Zeitraum, für die gesetzliche Krankenversicherung für den in den Ziffern 4.4.1 bis 4.4.4 genannten Zeitraum, für die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte längstens für den in Ziffer 4.2 genannten Zeitraum.
- 15.4 Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining jeweils für ein halbes Jahr auszustellen. In Ausnahmefällen kann dieser Zeitraum bis zu einem Jahr betragen.

## **16 Bewilligung, Übertragung, Auswahl der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe**

- 16.1 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind vor dem Beginn durch den Rehabilitationsträger zu bewilligen. Dies gilt auch für weitere Verordnungen.
- 16.2 Nimmt ein behinderter oder von Behinderung bedrohter Mensch an den ihm für einen bestimmten Zeitraum bewilligten Übungsveranstaltungen nicht teil, ist eine Übertragung auf einen späteren Zeitraum grundsätzlich nicht zulässig.
- 16.3 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind in der Regel in der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe durchzuführen, die dem Wohn- oder Arbeitsort des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen am nächsten gelegen ist, es sei denn, dass bei dieser Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe die ärztlich verordneten Übungen nicht durchgeführt werden oder der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch aus sonstigen Gründen diese Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe nicht in Anspruch nehmen kann. Seinen berechtigten Wünschen ist zu entsprechen. Hierbei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.

## **17 Kostenregelung**

- 17.1 Die Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport beziehungsweise Funktionstraining wird in der Regel zwischen den Bundes-/Landesorganisationen der Träger von Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen und den Rehabilitationsträgern vertraglich geregelt. Die Vergütungen können pauschaliert werden.
- 17.2 Die Träger der Rehabilitationssportgruppen beziehungsweise Funktionstrainingsgruppen haben eine pauschale Unfallversicherung für die Teilnehmer/-innen an den Übungsveranstaltungen abzuschließen, sofern nicht bereits eine Sportversicherung besteht.
- 17.3 Die Rehabilitationsträger übernehmen für die persönliche Sportbekleidung und -ausrüstung (zum Beispiel Trainingsanzug, Sporthemd, Sporthose, Sportschuhe, Badebekleidung, Schläger) keine Kosten. Die für die Durchführung im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel sowie deren für die Ausübung des Rehabilitationssports/des Funktionstrainings notwendige Anpassung werden nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen erbracht. Die für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining notwendigen Sport-/Trainingsgeräte sind von der Rehabilitationssportgruppe/der Funktionstrainingsgruppe zu stellen. Die Kosten ihrer Anschaffung oder Benutzung werden durch die für die Übungsveranstaltungen zu zahlende Vergütung nach Ziffer 17.1 abgegolten.
- 17.4 Die Rehabilitationsträger begrüßen eine Mitgliedschaft in den Rehabilitationssportgruppen beziehungsweise Funktionstrainingsgruppen auf freiwilliger Basis, um die eigenverantwortliche Durchführung des Bewegungstrainings zu fördern und nachhaltig zu sichern. Eine Mitgliedschaft in der Gruppe, Selbsthilfegruppe oder im Verein ist jedoch für die Teilnahme am Rehabilitationssport beziehungsweise Funktionstraining für die Dauer der Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers nicht verpflichtend.

- 17.5 Nach § 31 SGB I ist es nicht zulässig, neben der Vergütung des Rehabilitationsträgers für die Teilnahme am Rehabilitationssport beziehungsweise Funktionstraining Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen und so weiter oder Vorauszahlungen von den Teilnehmer/-innen zu fordern. Nach § 32 SGB I ist es unzulässig, davon abweichende Vereinbarungen zu treffen. Mitgliedsbeiträge bei freiwilliger Mitgliedschaft sind möglich.

## **18 Abrechnungsverfahren**

- 18.1 Die Abrechnung für die Teilnahme an den Übungsveranstaltungen erfolgt grundsätzlich zwischen dem Rehabilitationsträger und dem Träger der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe. Die Abrechnung durch von den Leistungserbringern beauftragte Dritte ist möglich (zum Beispiel im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V).
- 18.2 Der Teilnahmenachweis hat durch Unterschrift des/der Teilnehmers/-in für jede Übungsveranstaltung zu erfolgen. Abweichungen hiervon können vertraglich geregelt oder im Einzelfall mit dem Rehabilitationsträger abgesprochen werden.

## **19 Qualitätssicherung**

- 19.1 Die Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistung verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- 19.2 Für die Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen besteht die Verpflichtung, an einem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teilzunehmen. Näheres wird in den Verträgen nach Ziffer 17.1 zwischen den Beteiligten geregelt.

## **20 Inkrafttreten**

- 20.1 Diese Rahmenvereinbarung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Mit Inkrafttreten wird die „Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 in der Fassung vom 1. Januar 2007“ außer Kraft gesetzt.
- 20.2 Alle vor dem 1. Januar 2011 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining behalten ihre Gültigkeit.
- 20.3 Für alle ab 1. Januar 2011 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining gilt die vorliegende Rahmenvereinbarung.
- 20.4 Die Partner der Rahmenvereinbarung werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen prüfen, ob die Rahmenvereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen, insbesondere im Rahmen der Anwendung der ICF, verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss.
- 20.5 Die Rahmenvereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit einer Frist von einem Jahr, frühestens zum 31. Dezember 2011, schriftlich gegenüber den Vereinbarungspartnern gekündigt werden.
- 20.6 Bei Kündigung eines Vereinbarungspartners bleibt die Rahmenvereinbarung für die anderen Vereinbarungspartner unverändert bestehen.
- 20.7 Sollten einzelne Regelungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen nicht. Die Vertragspartner verpflichten sich, die unwirksame(n) Regelung(en) durch (eine) rechtlich zulässige Regelung(en) zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck der ursprünglich vereinbarten Regelung(en) möglichst nahe kommen.



## **Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen**

### **1. Allgemeine Angaben**

- Name, Anschrift des Trägers der Gruppe
- Ansprechpartner/-in der Gruppe (Name, Anschrift, Telefon)
- Institutionskennzeichen
- In welchem übergeordneten Verband/Organisation ist der Träger der Gruppe Mitglied?
- Anerkennung der Gruppe beantragt am ..... ab .....
- Angabe der Rehabilitationssportart/Funktionstrainingsart – anerkannt? Ab wann?
- Ort, Zeit und Dauer der Übungsveranstaltung
- Werden Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen angeboten/durchgeführt? Wenn ja, in welcher Form? (Vorlage eines Konzeptes)

### **2. Angaben zu personellen Voraussetzungen**

- Name, Anschrift der/s Übungsleiters/-in/Therapeuten/-in
- Nachweis der Qualifikation, Fort- beziehungsweise Zusatzausbildung, gültige Übungsleiterlizenz
- Gültig bis .....; ausgestellt am ...../durch .....
- Ist Zusatzausbildung anerkannt? (Curriculum?) Durch wen?

### **3. Angaben zu räumlichen Voraussetzungen/Ausstattung der Übungsstätten**

- Größe der Übungsstätte
- Bei Warmwassertraining: Größe des Therapiebeckens und Wasserwärme
- Geräteausstattung, gegebenenfalls Sonderausstattung, spezielle Geräte oder Hilfsmittel
- Barrierefreiheit?

### **4. Gruppengröße/Zusammensetzung der Gruppen**

- Gruppengröße? (maximal 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in/Therapeut/-in, bei Rehabilitationssport in Herzgruppen maximal 20 Teilnehmer/-innen, bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen maximal 12 Teilnehmerinnen)
- Gruppengröße bei Kindergruppen? (maximal 10 Kinder, bei schwerstbehinderten Kindern maximal 5 Kinder je Übungsleiter/-in)
- Gruppengröße bei schwerstbehinderten Menschen? (maximal 7 Personen je Übungsleiter/-in)
- Feste Gruppe? (Definiert durch festgelegten zeitlichen Beginn, festgelegte Dauer, festgelegten Ort und durch die über die gesamte Zeitdauer gegebene Anleitung und Betreuung durch eine/n Übungsleiter/in beziehungsweise bei Herzgruppen zusätzlich die ständige, persönliche Anwesenheit des/der betreuende/n Arztes/Ärztin)
- gegebenenfalls besondere Voraussetzungen

### **5. Angaben zum Unfallversicherungsschutz**

- Ist eine Unfallversicherung abgeschlossen? (Die Vorlage des Versicherungsscheins beziehungsweise der Nachweis einer Sportversicherung ist notwendig)

### **6. Angaben zur ärztlichen Betreuung/Überwachung in Herzgruppen**

- Welche/r Arzt/Ärztin hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen ständig anwesend zu sein (Name, Anschrift – schriftliche Erklärung vorlegen)? Vertretung bei Urlaub/Krankheit?
- Wird zu Beginn der Übungsveranstaltung eine Kurzanamnese (Medikamentenveränderung, Befindlichkeitsveränderung, ungewöhnliche Belastungen in Familie oder Beruf, Erkrankungen, insbesondere Infektionen) durchgeführt und Besonderheiten dokumentiert?
- Werden Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung abgefragt?
- Ist ein netzunabhängiger, tragbarer Defibrillator vorhanden? Letzte Kontrolle?
- Ist ein Notfallkoffer vorhanden?

**7. Angaben zur ärztlichen Betreuung/Überwachung in Rehabilitationssportgruppen**

- Welche/r Arzt/Ärztin hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen bei Bedarf für Beratungen der Teilnehmer/-innen und der Übungsleiter/-innen zur Verfügung zu stehen (Name, Anschrift – schriftliche Erklärung vorlegen)? Vertretung bei Urlaub/Krankheit?

**8. Angaben zur Notfallversorgung**

- Bestehen bei Notfällen Möglichkeiten, den vertragsärztlichen Notdienst beziehungsweise den notärztlichen Rettungsdienst (Notarzt/Notärztin) telefonisch zu erreichen (Telefon, Handy)?
- Nächst erreichbare/r Arzt/Ärztin?
- Nächstes Krankenhaus?

**9. Dokumentation**

- Wird eine Teilnehmerliste geführt? Wo kann diese eingesehen werden?
- Dokumentation der Übungsveranstaltungen (zum Beispiel besondere Vorkommnisse)

**Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zu den Beiträgen  
zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Pflegezeit**

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

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

**1. Person in Pflegezeit**

|                                            |         |                             |
|--------------------------------------------|---------|-----------------------------|
| Name                                       | Vorname | Geburtsdatum                |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort) |         | Telefon (Angabe freiwillig) |
| Dauer der Pflegezeit:                      | von     | bis                         |

**2. Beihilfeberechtigter**

|                                            |         |                             |
|--------------------------------------------|---------|-----------------------------|
| Name                                       | Vorname | Geburtsdatum                |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort) |         | Telefon (Angabe freiwillig) |

**3. Pflegebedürftige Person**

|                                               |                                   |                                                                                        |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigter | <input type="checkbox"/> Ehegatte | <input type="checkbox"/> Kind, Vorname:<br>(gegebenenfalls abweichender Familienname): |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|

**4. Beitrag während der Pflegezeit**

|                                                 |                                         |                                                                                                        |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name der Kranken- und Pflegeversicherung        |                                         |                                                                                                        |
| Monatsbeitrag Krankenversicherung in EUR        | Monatsbeitrag Pflegeversicherung in EUR | Familienversicherung möglich <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bestätigung der Kranken- und Pflegeversicherung |                                         |                                                                                                        |

<sup>1</sup> Eine (beitragsfreie) Familienversicherung von Angehörigen des in der gesetzlichen Kranken- beziehungsweise Pflegeversicherung Versicherten (Ehegatte, Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern) ist unter den Voraussetzungen des § 10 SGB V beziehungsweise § 25 SGB XI möglich (unter anderem dann, wenn der Angehörige nicht Pflichtmitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist und bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschritten werden).

## 5. Bankverbindung

|                |                                  |                                  |
|----------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Kreditinstitut | IBAN beziehungsweise Kontonummer | BIC beziehungsweise Bankleitzahl |
| Kontoinhaber   |                                  |                                  |

## 6. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzuzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Absender (Krankenhaus)<br><br>Telefon-Nr. für Rückfragen:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung</b><br><br>für stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 10 Tagen                                                                        |
| <b>Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!</b><br><br>Landesamt für Steuern und Finanzen<br>Bezügestelle Dresden<br>Referat 339/D – Beihilfe<br>Postfach 10 06 55<br>01076 Dresden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Dieser Antrag ermächtigt die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen.<br><hr/> Org-Nr. – Personalnummer des Beihilfeberechtigten<br><hr/> Behandelte Person (Name, Vorname, Geburtsdatum) |
| Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag nicht verändert haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,</li> <li>– Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder,</li> <li>– Krankenversicherungsschutz,</li> <li>– anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant),</li> <li>– Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,</li> <li>– anderweitige Ansprüche (zum Beispiel Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, nach Bundesversorgungsgesetz),</li> <li>– Einkünfte des Ehegatten (soweit hier relevant),</li> <li>– Anschrift,</li> <li>– keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen,</li> <li>– keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Mit meiner Unterschrift ermächtige ich das Krankenhaus, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Ort, Datum und Unterschrift des Beihilfeberechtigten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                        |

### Vom Krankenhaus auszufüllen

|                                                                                                            |                                                                                    |                                                                               |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Aufnahmetag                                                                                                | Aufnahme-Nr.                                                                       | Zutreffendes bitte ankreuzen und eintragen; Nichtzutreffendes bitte streichen |                                    |
| Sonstige Kostenträger                                                                                      | Verweildauer circa                                                                 | <input type="checkbox"/> Entgelte für allgemeine Krankenhausleistung in EUR:  |                                    |
| Einweisender Arzt                                                                                          |                                                                                    | <input type="checkbox"/> Zuschlag für Zweibettzimmer in EUR:                  |                                    |
| Einweisungsgrund/Aufnahmediagnose (ICD):                                                                   |                                                                                    | <input type="checkbox"/> Wahlärztliche Behandlung                             | <input type="checkbox"/> Belegarzt |
| Geplante Behandlung (ICPM)                                                                                 | Operation vorgesehen?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Entgelte für vor-/nachstationäre Behandlung in EUR:  |                                    |
| Liegt ein Arbeits-/Dienst- oder Schulunfall vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                                                                                    |                                                                               |                                    |
| Liegt ein Unfall mit Drittverschulden vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein       |                                                                                    |                                                                               |                                    |
| Liegt ein Notfall vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                           |                                                                                    |                                                                               |                                    |
| Datum/Unterschrift/Stempel der Einrichtung                                                                 |                                                                                    |                                                                               |                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Absender (Klinik/Einrichtung)<br><br><br>Telefon-Nr. für Rückfragen:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung</b><br><br>für stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 10 Tagen                                                       |
| <b>Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!</b><br><br>Landesamt für Steuern und Finanzen<br>Bezügestelle Dresden<br>Referat 339/D – Beihilfe<br>Postfach 10 06 55<br>01076 Dresden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Dieser Antrag ermächtigt die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen.<br><hr/> Org-Nr. – Personalnummer des Beihilfeberechtigten<br><hr/> Behandelte Person (Name, Vorname, Geburtsdatum) |
| Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag nicht verändert haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,</li> <li>– Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder,</li> <li>– Krankenversicherungsschutz,</li> <li>– anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant),</li> <li>– Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,</li> <li>– anderweitige Ansprüche (zum Beispiel Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, nach Bundesversorgungsgesetz),</li> <li>– Einkünfte des Ehegatten (soweit hier relevant),</li> <li>– Anschrift,</li> <li>– keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen,</li> <li>– keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die stationäre Einrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Ort, Datum und Unterschrift des Beihilfeberechtigten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                        |

**Von der stationären (Reha-)Einrichtung auszufüllen**

|                                                                                                            |                                                                                    |                                                                               |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Aufnahmetag                                                                                                | Aufnahme-Nr.                                                                       | Zutreffendes bitte ankreuzen und eintragen; Nichtzutreffendes bitte streichen |                                    |
| Sonstige Kostenträger                                                                                      | Verweildauer circa                                                                 | Pflegesatz in EUR:                                                            |                                    |
| Einweisender Arzt                                                                                          |                                                                                    | Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in EUR:                               |                                    |
| Einweisungsgrund/Aufnahmediagnose (ICD):                                                                   |                                                                                    | Zuschlag für Zweibettzimmer in EUR:                                           |                                    |
| <input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung                                                           | <input type="checkbox"/> stationäre Reha-Maßnahme                                  | <input type="checkbox"/> Wahlärztliche Behandlung                             | <input type="checkbox"/> Belegarzt |
| Geplante Behandlung (ICPM)                                                                                 | Operation vorgesehen?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Entgelte für vor-/nachstationäre Behandlung in EUR:  |                                    |
| Liegt ein Arbeits-/Dienst- oder Schulunfall vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                                                                                    |                                                                               |                                    |
| Liegt ein Unfall mit Drittverschulden vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein       |                                                                                    |                                                                               |                                    |
| Datum/Unterschrift/Stempel der Einrichtung                                                                 |                                                                                    |                                                                               |                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Absender (Pflegeeinrichtung)<br><br>Telefon-Nr. für Rückfragen:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung</b><br><br>für vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 10 Tagen (nicht umfasst sind Kurzzeit- und Verhinderungspflege, auch wenn diese in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht wird!)<br><br>Dieser Antrag ermächtigt die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen.<br>Org-Nr. – Personalnummer des Beihilfeberechtigten |
| <b>Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!</b><br><br>Landesamt für Steuern und Finanzen<br>Bezügestelle Dresden<br>Referat 339/D – Beihilfe<br>Postfach 10 06 55<br>01076 Dresden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Pflegebedürftige Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)<br><br>Pflegestufe<br><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag nicht verändert haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,</li> <li>– Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder,</li> <li>– Krankenversicherungsschutz,</li> <li>– anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant),</li> <li>– Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,</li> <li>– anderweitige Ansprüche (zum Beispiel Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, nach Bundesversorgungsgesetz),</li> <li>– die Pflegestufe beziehungsweise der Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung,</li> <li>– meine Einkünfte und Einkünfte des Ehegatten (relevant bei Beantragung von verbleibenden Aufwendungen nach § 55 Abs. 4 SächsBhVO),</li> <li>– Anschrift,</li> <li>– Aufwendungen für Unfälle,</li> <li>– keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen,</li> <li>– keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten.</li> </ul> Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Pflegeeinrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen.<br>Ort, Datum und Unterschrift des Beihilfeberechtigten |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

#### Von der vollstationären Pflegeeinrichtung auszufüllen

|                                                                   |     |     |
|-------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Pflegezeitraum                                                    | von | bis |
| Unterbrechung wegen                                               |     |     |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt                    | von | bis |
| <input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme            | von | bis |
| <input type="checkbox"/>                                          | von | bis |
| Zu erwartende Kosten in EUR:                                      |     |     |
| davon pflegebedingte Aufwendungen                                 |     |     |
| davon Unterkunft/Verpflegung                                      |     |     |
| davon Investitionskosten                                          |     |     |
| davon Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI            |     |     |
| davon sonstige Aufwendungen (zum Beispiel Platzfreihaltegebühren) |     |     |
| Datum/Unterschrift/Stempel der Einrichtung                        |     |     |