

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Informationen zum Antrags- und Gutachtenverfahren für Psychotherapie

Wie läuft das Antragsverfahren ab?

- Sie füllen Ihren Antrag auf Psychotherapie vollständig aus.
- Ihr*e Therapeut*in legt dem Antrag zusätzliche Informationen bei, zum Beispiel wie viele Therapiestunden beantragt werden und Ihre Diagnose.
- Die Unterlagen werden gesammelt an Ihre Krankenkasse gesendet.
- Innerhalb von drei Wochen ab Antragseingang erhalten Sie eine Rückmeldung durch Ihre Krankenkasse. Wird der Antrag gutachterlich geprüft, kann die Rückmeldung bis zu fünf Wochen dauern, vorausgesetzt alle Unterlagen sind vollständig eingegangen.
- Sollte Ihr Antrag abgelehnt werden, haben Sie die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen. Der Bescheid Ihrer Krankenkasse enthält hierzu weitere Informationen.

Daten nach § 292 SGB V in Bezug auf Ihren Antrag sowie Daten nach § 295 SGB V, die für die Abrechnung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen mit der Krankenkasse notwendig sind, werden spätestens nach zehn Jahren gemäß § 304 Absatz 1 Nummer 1 SGB V gelöscht.

Wie läuft das Gutachtenverfahren ab?

Ihre Krankenkasse kann Ihren Antrag gutachterlich prüfen lassen. Manche Anträge müssen immer gutachterlich geprüft werden (zum Beispiel erstmaliger Antrag auf Langzeittherapie als Einzeltherapie). Ihr*e Therapeut*in versendet hierzu Unterlagen, insbesondere einen kurzen Bericht zu Ihrer Erkrankung und zum Behandlungsplan, in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse. Die Krankenkasse leitet diesen zur gutachterlichen Prüfung weiter, ohne den Umschlag mit den Unterlagen zu öffnen. Gutachter*innen dürfen von Ihrer Krankenkasse folgende zusätzliche Informationen erhalten und in ihrer gutachterlichen Empfehlung an die Krankenkasse einbeziehen:

- Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume)
- Informationen zu ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen der letzten vier Jahre (Diagnosen, Art der Behandlung, Zeitpunkte der Antragsstellung und Bewilligung, beantragte Stundenkontingente)
- Stationäre, teilstationäre Krankenhausbehandlungen der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume, Institution, Kostenträger)
- Rehabilitative Verfahren der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume, Institution, Kostenträger)

Gutachter*innen erhalten keine Informationen zu Ihrem Namen, Adresse oder Versicherungsnummer.