

Informationen zum Antragsverfahren

Psychotherapie wird bei Vertragstherapeuten von den Ersatzkassen vollständig übernommen; es bedarf allerdings eines Antragsverfahrens zur „Feststellung der Leistungspflicht“, das von der Praxis aus durchgeführt wird. Der Versicherungsnehmer muss hierzu ein Antragsformular unterschreiben. Dieses wird von uns ausgefüllt und ausgedruckt. Wir schicken den Antrag des Versicherungsnehmers jeweils zusammen mit unseren Formularen an die Krankenkasse.

Das Antragsverfahren ist in Blöcke unterteilt:

1. Block: 12 Sitzungen

Wir reichen bei der Krankenkasse ein:

- Antrag des Versicherten (wird von uns ausgefüllt – Versicherungsnehmer unterschreibt)
- Antrag des Therapeuten
- Konsiliarbericht des Hausarztes bzw. des Facharztes (wir schicken dieses Formular an die jeweilige Praxis mit der Bitte, es auszufüllen. Es kann sein, dass die Praxis sich meldet und möchte, dass die Krankenkassenkarte eingelesen wird, falls im Quartal keine Behandlung erfolgte. Eventuell hat der auch der Arzt Nachfragen.)

2. Block: 12 Sitzungen:

Wir reichen bei der Krankenkasse ein:

- Antrag des Versicherten (wird von uns ausgefüllt – Versicherungsnehmer unterschreibt)
- Antrag des Therapeuten

3. Block: 35 Sitzungen

Wir reichen bei der Krankenkasse ein:

- Antrag des Versicherten (wird von uns ausgefüllt – Versicherungsnehmer unterschreibt)
- Antrag des Therapeuten
- Gutachten zur Weiterleitung an einen Gutachter

4. Block: 20 Sitzungen

Wir reichen bei der Krankenkasse ein:

- Antrag des Versicherten (wird von uns ausgefüllt – Versicherungsnehmer unterschreibt)
- Antrag des Therapeuten
- Gutachten zur Weiterleitung an einen Gutachter (bei Bedarf nach Aufforderung durch die Krankenkasse)

Maximal besteht also die Möglichkeit, falls der Gutachter zustimmt (das ist die Regel, es kann aber nicht garantiert werden) maximal 80 Gruppensitzungen in Anspruch zu nehmen. Garantiert werden können mindestens 24 Sitzungen.

Sollten Reststunden von einem anderen Therapeuten übernommen werden, reduziert sich die Anzahl der Sitzungen um die bereits bei dem anderen Therapeuten absolvierten Sitzungen.

Die Krankenkasse informiert den Versicherungsnehmer jeweils über die genehmigten Blöcke (12,12,35,20 Sitzungen). Sie informiert auch, wenn bzgl. des 3. Blocks die Weiterleitung an einen Gutachter erfolgt. **Das ist das ganz normale Verfahren und kein Grund zur Beunruhigung.**

Bitte bringen Sie das Genehmigungsschreiben der Krankenkasse in die nächste Sitzung mit, damit wir es kopieren können.

Der jeweilige Stand der genehmigten, gehaltenen und noch möglichen Sitzungen kann jederzeit im Büro montags bis freitags von 08 – 12 Uhr unter der Nummer 0173 – 5161385 erfragt werden.

Falls Sie diese Informationen einmal verlegt haben – Sie finden diese auch im Internet unter brunoschumacher@gmx.de – Unterseite „Materialien“

