

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. Von der Krankenkasse zu übermittelnde Angaben

Das Formblatt PTV 5 wird für Gutachten und Zweitgutachten genutzt. Die Krankenkasse teilt der Gutachterin oder dem Gutachter Name und Anschrift der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten, Name und Anschrift der Krankenkasse für die Rücksendung, eine dem Gutachtauftrag zugehörige Bearbeitungsnummer der Krankenkasse, die zugehörige Chiffre der Patientin oder des Patienten sowie das Eingangsdatum des Antrags der Patientin oder des Patienten bei der Krankenkasse mit.

2. Bericht Therapeut*in vom / Eingangsdatum Gutachter*in

Die Gutachterin oder der Gutachter gibt hier im Format TTMMJJ das Datum des von der Psychotherapeutin oder vom Psychotherapeuten erstellten Berichts an und das Datum, an dem der Gutachten- oder Zweitgutachtauftrag bei ihr oder ihm eingetroffen ist.

3. Gutachterliche Einschätzung: Erfüllung der Voraussetzung für die Leistungspflicht

Die Gutachterin oder der Gutachter gibt an, ob für den vorliegenden Antrag ihrer oder seiner Einschätzung nach und unter Beachtung von § 70 SGB V die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung als erfüllt oder als nicht erfüllt anzusehen sind.

4. Für die KZT1, KZT2 oder LZT

Die Gutachterin oder der Gutachter gibt die Gesamtanzahl der beantragten und die Gesamtanzahl der von ihr oder ihm befürworteten Therapieeinheiten mit den dazugehörigen GOPen an. Die Gesamtanzahl kann sich nur auf die Einzeltherapie, nur auf die Gruppentherapie oder auf eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie beziehen. Eine Therapieeinheit entspricht 50 Minuten in der Einzelbehandlung oder 100 Minuten in der Gruppenbehandlung. Andere als die beantragten GOPen können nicht befürwortet werden.

5. Für den Einbezug von Bezugspersonen

Die Gutachterin oder der Gutachter gibt die Gesamtanzahl der beantragten und die Gesamtanzahl der von ihr oder ihm befürworteten Therapieeinheiten für den Einbezug von Bezugspersonen mit den dazugehörigen GOPen an. Die Gesamtanzahl kann sich nur auf die Einzeltherapie, nur auf die Gruppentherapie oder auf eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie beziehen. Der Einbezug von Bezugspersonen ist im Rahmen einer Richtlinien-therapie sowohl in Einzel- als auch in Gruppenkontakten (der Bezugspersonen) möglich; die beantragten GOPen für die Bezugspersonen in dieser Zeile müssen nicht zwangsläufig dem beantragten Setting der psychotherapeutischen Behandlung der Patientin oder des Patienten entsprechen (siehe hierzu § 18 Absätze 5 und 6 Psychotherapie-Vereinbarung). Eine Therapieeinheit entspricht 50 Minuten in der Einzelbehandlung oder 100 Minuten in der Gruppenbehandlung. Andere als die beantragten GOPen können nicht befürwortet werden.

6. Begründung nur für Therapeut*in bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung

Die Gutachterin oder der Gutachter begründet ihre oder seine Stellungnahme für die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten im Freitextfeld oder ggf. auf einem Beiblatt unter besonderer Beachtung von fachlich-inhaltlichen Aspekten. Diese Begründung darf nicht an die Krankenkasse übermittelt werden.

7. Kurzbegründung für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

Die Gutachterin oder der Gutachter begründet ihre oder seine Stellungnahme für die Krankenkasse durch Auswahl und ggf. Erläuterung der für ihre oder seine Einschätzung maßgeblichen Punkte. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Bei Nicht- und Teilbefürwortung muss die Gutachterin oder der Gutachter mindestens eine Kurzbegründung angeben und/oder nutzt das Freitextfeld für eine Erläuterung. Im Freitextfeld sind die Schweigepflicht gegenüber der Krankenkasse sowie die besonders schützenswerte Beziehung zwischen Patientin bzw. Patient und Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut zu beachten.

MEHR INFORMATIONEN

Themenseite Psychotherapie: www.kbv.de/psychotherapie

Formulare & Ausfüllhilfen zum Download: www.kbv.de/html/formulare.php