



praxis@psychotherapie-eichert.de
www.psychotherapie-eichert.de

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, _____

Vor- und Zuname

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

entbinde hiermit die Psychotherapeutin Frau Beatrix Eichert
von der Schweigepflicht (§ 203 StGB) durch diese Einwilligungserklärung.

Ich willige hiermit ein, dass die Psychotherapeutin folgende Angaben von mir
offenbart,

gegenüber:

Die Entbindungserklärung gilt umgekehrt auch für die Adressaten dieser Erklärung.
Die Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen
werden.

Ort

Datum

Unterschrift



praxis@psychotherapie-eichert.de
www.psychotherapie-eichert.de

Checkliste zur Beantragung der psychotherapeutischen Behandlung in einer Privatpraxis (Kostenübernahmeverfahren für gesetzlich Versicherte)

- 1) vom Hausarzt ausfüllen lassen: Formular “Ärztliche Dringlichkeits-/
Notwendigkeitsbescheinigung” ☐
- 2) vom Hausarzt ausstellen lassen: Überweisung zur Psychotherapie ☐
- 3) vom kassenärztlichen Psychotherapeuten nach der Sprechstunde:
Formular PTV 11 ☐
- 4) Protokoll “Ablehnungen/vergebliche Suche” ☐
- 5) Bestätigung meiner Privatpraxis über einen zeitnahen Therapieplatz ☐
- 6) Formular „Antrag auf ambulante Psychotherapie und Kostenerstattung nach
§ 13 Abs. 3 SGB V“ ausfüllen ☐
- 7) Einreichung der Unterlagen bei der Krankenkasse zur Beantragung der
Psychotherapie ☐



Vorgehensweise beim Kostenerstattungsverfahren bei gesetzlichen Versicherungen nach § 13 des SGB V

Die gesetzlichen Krankenversicherungen müssen ihren Versicherten innerhalb eines zumutbaren Zeitraums (bei Erwachsenen max. 3 Monate) einen Therapieplatz bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten mit Kassenzulassung anbieten.

Wenn keine Therapieplätze in diesem Zeitraum verfügbar sind, haben Patienten gemäß § 13 Abs. 3 SGB V Anspruch auf Kostenerstattung. Das bedeutet, sie können eine Therapie bei einer approbierten Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten in einer Privatpraxis wahrnehmen und die Kostenübernahme durch ihre Krankenkasse beantragen.

Das Gericht hat entschieden, dass es nicht die Aufgabe der Patienten ist, sich eigenständig einen Therapieplatz zu suchen. Die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sind hierfür verantwortlich.

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass der Psychotherapeut im Facharztregister als fachkundige/r Psychotherapeut/in eingetragen ist und Richtlinienverfahren wie Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie anbietet.

Der Ablauf sieht so aus:

- 1) Sie lassen sich von ihrem Hausarzt, Psychiater oder Neurologen das **Formular „Ärztliche Dringlichkeits-/Notwendigkeitsbescheinigung“** für eine Psychotherapie und eine **Überweisung für die Therapie** ausstellen.
- 2) Sie lassen sich über die Telefonnummer 116 117 einen Termin bei einem kassenärztlichen Psychotherapeuten für ein Erstgespräch geben. Wenn Sie diesen Termin wahrgenommen haben und auch bei hier kein zeitnaher Therapieplatz angeboten werden kann, erhalten Sie von dem Therapeuten eine erste Diagnose und das **Formular PTV 11**.
- 3) Sie rufen 5-8 Psychotherapeuten an und fragen, ob innerhalb von 3 Monaten ein Therapieplatz frei werden würde. Dokumentieren sie diese 5-8 **„vergeblichen Suchen/Ablehnungen“** in dem entsprechenden Formular.
- 4) Sie erhalten die Bestätigung meiner Privatpraxis über einen zeitnahen Therapieplatz und schicken einen **„Antrag auf ambulante Psychotherapie und Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V“** an Ihre Krankenkasse.

Die therapeutischen Sitzungen werden vom Psychotherapeuten wie bei Privatpatienten abgerechnet. Der Patient reicht die Rechnung dann bei seiner gesetzlichen Krankenkasse ein.

Wichtig: Die Krankenkasse muss dem Kostenerstattungsverfahren schriftlich und vor Therapiebeginn zustimmen, sonst erfolgt keine Erstattung.

Anschrift Patient

Datum

Anschrift Krankenkasse

Antrag auf Kostenerstattung nach SGB V, § 13, Abs.3 für eine ambulante Psychotherapie für _____(Name, Vorname), Versicherungsnummer:_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben bitte ich um Übernahme der Kosten, die mir durch die Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie bei Frau Beatrix Eichert, M.Sc. (Psychotherapeutin ohne Kassenzulassung) entstehen.

Aufgrund meiner psychischen Probleme:

Habe von meiner Hausärztin/meinem Hausarzt/meiner Fachärztin/meinem Facharzt eine Empfehlung/Überweisung zur ambulanten Psychotherapie erhalten.

In meiner momentanen Situation ist jeder Tag ein enormer Kampf für mich. Um meinen Alltag wieder bewältigen zu können, benötige ich daher psychotherapeutische Unterstützung. (kurze Schilderung der eigenen Symptome/Probleme, z.B. Angstzustände, innere Unruhe, Herzrasen, Magenbeschwerden, Depressionen, Schlafstörungen, Antriebsmangel...)

Wie Sie meinem beigefügten Protokoll entnehmen können, haben meine mehrfachen Anfragen bei verschiedenen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung ergeben, dass diese Termine frühestens in 6 Monaten bis zu einem Jahr vergeben oder überhaupt keine Patienten mehr aufnehmen. Nach Gespräch mit Frau Beatrix Eichert, M.Sc. besteht für mich jedoch die Möglichkeit, eine ambulante Therapie sofort bei ihr beginnen zu können.

Ich bitte daher um wohlwollende Prüfung meines Antrages und die Kostenübernahme für die geplante Psychotherapie. Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern unter der Rufnummer/Email_____zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen im Voraus.
Mit freundlichen Grüßen

Anlage: Protokoll über die vergebliche Suche nach einem Therapieplatz

**Ärztliche Dringlichkeits-/Notwendigkeitsbescheinigung für einen Antrag auf
Kostenerstattung nach SGB V § 13 Absatz 3 (vor Aufnahme einer
Psychotherapie durch eine/n Psychologische/n Psychotherapeuten/in)**

Angaben z. PatientenIn:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr. _____

Es wurden folgende psychische und somatische Beschwerden/Befunde bei d.
Patienten/In erhoben: _____

Es handelt sich um eine Erkrankung im Sinne des SGB V. Diagnose/n gem. ICD-10:

Es besteht keine Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung. Aus ärztlicher Sicht besteht bei d. PatientIn, aufgrund der o.g. Symptome und Diagnose/n die **dringende Notwendigkeit der zeitnahen Aufnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung** zur Vermeidung einer Verschlimmerung oder/und Chronifizierung der bestehenden Symptomatik.

Eine Wartezeit von mehreren Monaten ist d. PatientIn nicht zuzumuten. Die/der PatientIn teilte mit, dass sie/er bislang nur Absagen von Vertragspsychotherapeuten oder die Aussicht auf mehrmonatige Wartezeiten erhielt.

Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchte ich die Unaufschiebbarkeit der Psychotherapie (in einem Richtlinienverfahren) unterstreichen.

Datum

Unterschrift

Arztstempel

PROTOKOLL ABLEHNUNGEN 1/2

Absender der Patientin/ des Patienten

Datum

Protokoll über die vergebliche Suche/Ablehnungen bei einem ambulanten Psychotherapieplatz (bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung)

| Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme | Art der Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch) | Name PsychotherapeutIn | Anschrift und Telefonnummer PsychotherapeutIn | Information über möglichen Psychotherapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit) |
|---------------------------------------|--|------------------------|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PROTOKOLL ABLEHNUNGEN 2/2

Absender der Patientin/ des Patienten

Datum

Protokoll über die vergebliche Suche/Ablehnungen bei einem ambulanten Psychotherapieplatz (bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung)

| Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme | Art der Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch) | Name PsychotherapeutIn | Anschrift und Telefonnummer PsychotherapeutIn | Information über möglichen Psychotherapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit) |
|---------------------------------------|--|------------------------|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Ärztliche Stellungnahme / Beiblatt Long Covid zur Überweisung

Hausarztpraxis: _____

Patient:in: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

zur spezialisierten psychotherapeutischen Behandlung bei Long-/Post-COVID-Syndrom

- ☐ Patient:in hat an der WATCH-Studie (UKJ) teilgenommen. In der Nachsorge besteht dringend weiterer psychotherapeutischer Behandlungsbedarf.
- ☐ Patient:in steht auf der Warteliste der Long-COVID-Ambulanz Jena (UKJ). Es besteht dort eine Wartezeit von über 24 Monaten. Eine spezialisierte psychotherapeutische Behandlung ist bereits jetzt notwendig.
- ☐ Patient:in befindet sich in regelmäßiger medizinischer Betreuung der Long-COVID-Ambulanz Jena (UKJ). Dort wird die Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung dringend angeraten.
- ☐ Überweisender Arzt / Ärztin hat an einer Long-COVID-Schulung im Rahmen der WATCH-Studie teilgenommen und sieht bei o. g. Patient:in einen dringenden psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.
- ☐ Patient:in zeigt deutliche Symptome eines Long-/Post-COVID-Syndroms (Fatigue, kognitive Einschränkung, Belastungsintoleranz, Schlaf- und Angststörungen). Es bestehen komorbide psychische Symptome, die eine spezialisierte psychotherapeutische Behandlung medizinisch notwendig machen.
- ☐ **Aufgrund der schweren Fatigue / neurokognitiven Einschränkungen ist eine Inanspruchnahme der Terminservicestelle (116 117) nicht zumutbar. Eine hausärztliche Direktüberweisung ist daher erforderlich.**

Diagnosen nach ICD-10: U09.9 – Post-COVID-Zustand, nicht näher bezeichnet F54 – Psychische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten

Überweisung an: Psychotherapeutische Praxis Betarix Eichert – Spezialisierte Psychotherapie bei Long-/Post-COVID-Erkrankungen

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin: _____