

Dipl.-Psych. Marcus Hegner  
Psychologischer Psychotherapeut  
Aachener Straße 321  
50931 Köln

[info@psychotherapie-hegner.de](mailto:info@psychotherapie-hegner.de)

Mobil: 0176-38709075

Was Sie tun müssen, um eine Kostenerstattung von Ihrer gesetzlichen  
Krankenkasse zu erhalten

Wie Sie meiner Internetseite entnehmen können, bin ich Verhaltenstherapeut – approbiert, im Arztregister eingetragen - aber leider wegen allgemeiner Niederlassungssperre ohne eine Kassenzulassung. D.h., gesetzlich Krankenversicherte können leider nicht einfach mit einer Überweisung und ihrer Versichertenkarte zu mir kommen, damit die Krankenkasse die Kosten für eine Therapie übernimmt.

Wenn Sie aber bereits bei mehreren kassenzugelassenen Psychotherapeuten aufgrund der langen Wartezeiten vergeblich versucht haben, einen Therapieplatz zu bekommen, es aber zum jetzigen Zeitpunkt wichtig für Sie ist, eine Psychotherapie zu beginnen, besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf Kostenerstattung für Psychotherapie bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse zu stellen (Rechtsquelle: § 13 Absatz 3 Sozialgesetzbuch V).

**Alle nötigen Formulare zur Beantragung der Kostenerstattung für Psychotherapie finden Sie auf den folgenden Seiten in dieser Datei:**

1. „Antrag auf Kostenerstattung für probatorische Sitzungen“ – dieses vorformulierte Schreiben finden Sie hier als Formular und müssen es nur noch mit Ihren Daten versehen.
2. Eine Liste mit den Therapeuten mit einem Kassensitz bzw. Kassenzulassung, die Sie angerufen haben – Sie müssen dazu notieren, wen Sie wann angerufen haben und mit welchem Ergebnis (z. B. "frühestens in 3 Monaten freie Termine").

Hier können Sie gezielt nach sog. Vertragsbehandlern suchen, also Psychotherapeuten mit einer Kassenzulassung:

<http://www.psychotherapiesuche.de/suche-nach-plz>

klicken Sie auf jeden Fall **rechts Kassenzulassung** an, dann einen Ort eingeben oder eine Postleitzahl. Zum Schluss "Suchen" anklicken.

3. Für den obigen Antrag wird außerdem ein ärztlicher Konsiliarbericht von einem Psychiater, Hausarzt, Neurologen oder Arzt für Psychotherapie benötigt. Dies ist kein Mehraufwand. Der Konsiliarbericht ist auch notwendig, wenn Ihre Psychotherapie von einem kassenzugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wird.

4. Ferner wird eine Dringlichkeits- und/oder Notwendigkeitsbescheinigung von Ihrem Hausarzt oder Psychiater (also ein Attest, das eine Diagnose enthält und begründet, warum Sie unbedingt jetzt eine Therapie benötigen und nicht erst in 6 Monaten) benötigt. Die Kassen fordern dieses Attest meistens von einem Psychiater, der Hausarzt reicht oft nicht. Bitte machen Sie sich eine Kopie von diesem Attest.

Sollte es Ihnen schwer fallen die erforderlichen Telefonate zu führen und die notwendigen Unterlagen zu beschaffen, dann lassen sie sich von Angehörigen oder Freunden dabei unterstützen.

Bitte bringen Sie die (ausgefüllten) Dokumente zum Erstgespräch mit.

Ich verbleibe mit freundlichen Grüßen

**Dipl.-Psych.  
Marcus Hegner**

**Dringlichkeits- bzw. Notwendigkeitsbescheinigung  
zur Vorlage mit Bitte um Unterschrift bei Ihrem behandelnden Arzt**

Angaben zum Versicherten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

**Ärztliche Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen  
Behandlung**

Bei dem/ der oben genannten Patientin/ en liegt eine psychische Symptomatik (ICD-10:     ) vor, die eine psychotherapeutische Unterstützung erforderlich macht. Es wird eine ambulante Verhaltenstherapie empfohlen. **Eine längere Wartezeit kann aufgrund der akuten Erkrankung nicht in Kauf genommen werden.** Aus fachlicher/ ärztlicher Sicht halte ich es für dringend geboten, möglichst umgehend mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen, um eine weiterführende gesundheitliche Gefährdung der Patientin/ des Patienten sowie eine Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

Mit freundlichem Gruß

.....  
Ausstellungsdatum/ Arztstempel/ Unterschrift

Anschrift der Krankenkasse:

Versicherter:

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Betr.: Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten für fünf probatorische Sitzungen (VT) auf dem Wege der Kostenerstattung nach §13 (3) SGB V**

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach erfolgloser Suche nach einem Psychotherapieplatz (s. Anlage) möchte ich hiermit um eine Kostenübernahme in der Privatpraxis von Herrn Dipl.- Psych. Marcus Hegner, Aachener Str. 321, 50931 Köln, bitten.

Herr Hegner ist approbiert als Psychologischer Psychotherapeut, Traumatologe und EMDR-Therapeut. Er ist im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (**ENR 2782314**) eingetragen. Für weitere Rückfragen steht Ihnen Herr Hegner gerne unter der Rufnummer 0176-38709075 zur Verfügung.

Hiermit beantrage ich vorab die Kostenübernahme (gemäß EBM) für 5 probatorische Sitzungen (à mind. 50Min.), die Erhebung der biografischen Anamnese und den Bericht für den Gutachter.

Anmerkung:

Die probatorischen Stunden sowie die Anamnese sind notwendig, um zum einen die psychotherapeutische Indikation überprüfen sowie eine entsprechende Diagnostik vornehmen zu können und zum anderen im Anschluss den ausführlichen gutachterlichen Antrag (inkl. lebensgeschichtlichen Hintergründen, Makro- und Mikroanalyse, Therapiezielen und Behandlungsplanung) stellen zu können.

**Herr Hegner kann mir sehr zügig einen Therapieplatz anbieten.**

Ich danke Ihnen sehr für die Bereitschaft zur Prüfung der Kostenübernahme und bitte um eine zügige, fristgerechte Bearbeitung meines Antrages im Sinn des Patientenschutzgesetzes!

Mit freundlichen Grüßen

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

## Anmeldebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Versichert bei: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift der KV: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

auf Veranlassung von (Name der Therapeutin/des Therapeuten)

Name, Vorname der Patientin/des Patienten		Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Aufgrund ärztlicher Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung			
<input type="checkbox"/> Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich Art der Maßnahme			
Aktuelle Beschwerden, psychischer u. somatischer Befund (bei Kindern u. Jugendlichen insbes. unter Berücksichtigung d. Entwicklungsstandes)			
Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten			
Medizinische Diagnose(n), Differenzial-, Verdachtsdiagnosen			
<input type="checkbox"/> Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stationär/ambulant (z.B. laufende Medikation)			
<input type="checkbox"/> Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor			
<input type="checkbox"/> Befunde, die eine psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor			
Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist <input type="checkbox"/> erfolgt <input type="checkbox"/> veranlasst Welche ärztlichen/ärztlich veranlassten Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig?			
Welche ärztlichen Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst?			
Ausstellungsdatum		Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes	

## **Informationen und Vereinbarungen über psychotherapeutische Sitzungen**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

die Durchführung einer Psychotherapie erfordert ein gewisses Maß an Verbindlichkeit, auf das ich aus Gründen der Kontinuität der Therapie, aus der Einteilung der Praxiszeiten heraus und aus Kostengründen Wert lege. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die Therapie nur durchgeführt werden kann, wenn Sie mit den folgenden Regelungen einverstanden sind.

### **1. Dauer der Sitzungen**

Eine therapeutische Sitzung dauert in der Regel 50 Minuten. Falls Sie sich verspäten sollten, kann aus organisatorischen Gründen die Sitzung nicht verlängert werden.

### **2. Terminabsagen/Ausfallhonorar**

Wenn Sie Termine nicht wahrnehmen können, möchte ich Sie bitten, dies so früh wie möglich bekannt zu geben – spätestens zwei Werktage vorher. Erfolgt die Absage kurzfristiger, kann die Sitzung in der Regel nicht mehr an andere Patienten vergeben werden. Daher bin ich dann aus betriebswirtschaftlichen Gründen gezwungen, von Ihnen ein Ausfallhonorar zu fordern. Dieses beträgt derzeit \_\_ Euro. Bitte beachten Sie, dass die Krankenkasse im Falle nicht wahrgenommener Termine diese Kosten nicht für Sie übernimmt.

### **Erklärung der Patientin/des Patienten**

Ich bin mit den oben aufgeführten Regeln einverstanden. Ich habe eine Kopie der Vereinbarung erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Protokoll von kontaktierten Psychotherapeuten

Nr	Name Psychotherapeutin / Psychotherapeut	Datum des Telefongesprächs	Uhrzeit des Telefongesprächs	Genannte Wartezeit auf einen Behandlungsplatz
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<b>Anschrift der Krankenkasse</b>	

## ANTRAG DES VERSICHERTEN AUF KOSTENERSTATTUNG PSYCHOTHERAPIE

- nach § 13(3) SGB V -

- Erstantrag
- Fortführungsantrag

<b>Vom Versicherten auszufüllen!</b>	<small>- Die Daten werden gemäß § 284 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V (SGB V) erhoben -</small>
Name, Vorname _____	
Anschrift _____	
Versichertennummer _____ <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherte/r <input type="checkbox"/> Rentner/in	
<p><b>Ich beantrage Kostenerstattung für eine Psychotherapeutische Behandlung durch</b>  <b>Herrn/Frau Dipl.-Psych.</b> _____</p> <p>Anschrift _____</p>	
Konsiliarbericht/Dringlichkeitsbescheinigung <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
Ort, Datum _____ Unterschrift _____	

<b>Vom Psychologischen Psychotherapeuten/in, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in auszufüllen!</b>	
1. Diagnose (ICD-10): _____ (Es handelt sich um eine Krankheit im Sinne des SGB V).	
2. Art der erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahme: Probatorische Sitzungen ____ Honorar _____ € analog Nr. 35150 EBM/ Pos. 861/863/871GOP Psychotherapie im Richtlinienverfahren _____ <input type="checkbox"/> als Einzelbehandlung <input type="checkbox"/> als Gruppenbehandlung <input type="checkbox"/> als kombinierte Einzel- u. Gruppentherapie <input type="checkbox"/> mit Einbeziehung der Bezugspersonen	
3. Anzahl der geplanten Therapiestunden: _____ Anzahl der geplanten Sitzungen mit den Bezugspersonen: _____	
4. Honorar je Behandlungseinheit: _____ € analog Nr. .... EBM / Pos. GOP.....	
Ich besitze die Approbation als Psychologische Psychotherapeut/in / Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut/in und bin im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung _____ (ENR ) eingetragen.	
Ort, Datum _____ Unterschrift _____	

## Antrag des Versicherten auf probatorische Sitzungen

### Angaben zum Mitglied

AOK Rheinland/Hamburg

Die Gesundheitskasse

Regionaldirektion Köln

Machabäerstr. 19-27

50668 Köln

,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Versichertennummer

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für  probatorische Sitzungen bei:

Dipl.-Psych.

Titel, Vorname, Name

Marcus Hegner

IK-Nummer

490534118

Straße, Hausnummer

Aachener Str. 321, 50931 Köln

PLZ, Wohnort:

Datum

Unterschrift des Antragstellers, ggfs. seines gesetzlichen Vertreters