

**Praxis für Logopädie Herrenberg**

Heidi Gabriele Maisch  
Weingartenstrasse 20  
71083 Herrenberg

**Festnetz** 07032/202166  
**Handy** 0152 29 545 161  
**E-Mail** [h.maisch60@gmail.com](mailto:h.maisch60@gmail.com)  
**Home** [www.logo-praxis-herrenberg.de](http://www.logo-praxis-herrenberg.de)

# Antrag auf Kostenerstattung nach §13 (3) SGB V

---

## Checkliste:

- Sie haben eine Überweisung oder Notwendigkeitsbescheinigung bzw. eine logopädische Verordnung von VertragsärztInnen (HausärztIn, FachärztIn), durch Krankenhäuser im Rahmen des Entlassungsmanagement, insbesondere die Voraussetzungen, Grundsätze und Inhalte der Verordnungsmöglichkeiten sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit den HeilmittelerbringerInnen (Heil M-RL). Bestandteil der verordnungsfähigen Maßnahmen (Heilmittelkatalog) und eine Diagnosenliste zum langfristigen Heilmittelbedarf. Zudem sind in der Richtlinie vom G-BA geprüfte nicht verordnungsfähige Heilmittel aufgeführt.
- Sie haben eine Liste der Vertragstherapeuten (mindestens drei) abtelefoniert, den Namen der Praxis und des Therapeuten notiert wie lange die Warteliste/-zeit ist bzw. dass Sie keinen Rückruf bekommen haben oder ein Aufnahmestopp vorliegt.
- Wir bereiten gemeinsam den Antrag zur Kostenerstattung vor.
- Sie bekommen von mir eine Bescheinigung, dass Sie die Therapie sofort beginnen können und dass ich als Logopädin nach den Heilmittelrichtlinien ( HeilM-RL), zur logopädischen Therapie arbeite:
- Sie unterschreiben zusätzlich eine Abtretungserklärung, die es mir erlaubt, direkt mit Ihrer Krankenkasse abzurechnen.

## Raum für Ihre Notizen:

## Antrag auf Kostenerstattung nach §13 (3) SGB V

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

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

Wohnhaft: \_\_\_\_\_

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

Sehr geehrte Damen und Herren der Krankenkasse,

ich leide unter einer neurologischen / logopädischen Störung und bin dringend auf eine ambulante Logotherapie angewiesen. Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung, welche die Dringlichkeit eines schnellen Beginns einer ambulanten Logotherapie hervorhebt, liegt bei.

Meine Versuche einen Therapieplatz in einer Logopädie Praxis zu erhalten, waren bisher vergeblich. Eine Übersicht über von mir kontaktierte Vertragstherapeuten mit Angabe der dort erfragten Wartezeiten ist von mir im Anhang beigefügt. Die erfragten Wartezeiten liegen deutlich über der **BSG-Urteil Az. Rka 15/97** als zumutbar angesehenen Wartezeit von 3-6 Monaten bis zum Beginn regelmäßiger Therapiesitzungen.

Daher stelle ich nach **§ 13 (3) SGB V** aufgrund von "Systemversagen" einen Antrag auf Kostenübernahme einer außervertraglichen ambulanten Logotherapie. Im Rahmen einer außervertraglichen Logotherapie könnte ich sofort einen Therapieplatz erhalten. Eine Behandlungsbescheinigung des außervertraglichen Logotherapeuten liegt den Unterlagen bei.

Ich bitte Sie zu prüfen, ob Sie in der Lage sind, mir diese zeitnahe Therapie zu ermöglichen oder einen zeitnahen Therapieplatz bei einem Vertrags Behandler zur Verfügung zu stellen. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass hierzu nach **BSG Az. Rka 15/97** kein Auszug aus der KV Liste mit Hinweisen über die durchschnittlichen Wartezeiten ausreichend ist, sondern ich darum bitte, dass mir ein konkreter Therapieplatz bei einem Vertragstherapeuten zur Verfügung gestellt wird.

Sollte dies in einem zumutbaren Zeitraum nicht möglich sein, so bitte ich um eine Kostenerstattung einer außervertraglichen Logotherapie nach **§13 (3) SGB V**.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Anlagen:

- Auflistung der Wartezeiten bei kontaktierten Vertragstherapeuten
- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (Überweisung)
- Behandlungsbescheinigung des außervertraglichen Logotherapeuten

# Auflistung der Wartezeiten bei kontaktierten Vertragslogotherapeu- ten

Vertragslogotherapeut	Datum des Anrufs	Wartelistenvermerk
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

# Behandlungsbescheinigung des außervertraglichen Logotherapeuten zum Antrag Ihres Versicherten auf Kostenerstattung nach § 13 (3) SGB V

## Patientendaten

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

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

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

Ihr Versicherter hat zu mir Kontakt aufgenommen, da er innerhalb einer zumutbaren Wartezeit keinen Therapieplatz bei einem Vertragstherapeuten bekommen hat. Da Ihr Versicherter auch nach Einschätzung des mitbehandelnden Arztes dringend auf eine ambulante Logotherapie angewiesen ist, hat Ihr Versicherter einen Antrag auf Kostenerstattung nach § 13 (3) SGB V ("Systemversagen") gestellt.

Ich verfüge über die notwendigen Qualifikationen als Logopädin (Ausbildung & Studium), um Logotherapien nach den Heilmittelrichtlinien (auch ICF) durchzuführen. Meine Praxis ist eine Privatpraxis für Selbstzahler und Abrechnung für Privatversicherte, bzw. Abschluss Logopädie Therapien als Zusatzversicherungen bei Privatkassen .

Ich bin in der Lage Ihrem Versicherten sofort einen Therapieplatz für eine beginnenden Logopädie Therapie zur Verfügung zu stellen – wie auf der ärztlichen Verordnung benannt wird.

Ärztliche Behandlungsdiagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Art der Behandlung: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Sitzungsanzahl: \_\_\_\_\_

Dauer und Frequenz der Sitzungen: \_\_\_\_\_

Honorar je Sitzung: \_\_\_\_\_

80,00€/50min ( analog nach GOP und EBM)

**Hinweis:** Sollte ein richtliniengemäßer Logotherapieantragsbericht mit aktueller Symptomschilderung, biografischer Anamnese, Störungsbilder sowie Behandlungszielen/-planung gewünscht sein, so teilen Sie mir bitte mit.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift/Praxisstempel)

Anlagen:

- Erlaubnis zur Ausübung der Logotherapie

## Kopie der Erlaubnis zur Ausübung der Logotherapie



**Land Baden-Württemberg  
Regierungspräsidium Stuttgart**

# URKUNDE

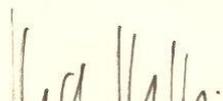
Frau **Heidi Gabriele Maisch** geb. Schönemann,  
geboren am 15. August 1960 in Gronau,

erhält auf Grund des Gesetzes über den Beruf des Logopäden  
vom 07. Mai 1980 (BGBl. I S. 529) mit Wirkung vom heutigen Tage  
die Erlaubnis, eine Tätigkeit unter der Berufsbezeichnung

**Logopädin**

zu führen.

Stuttgart, den 14. Januar 2013

  
Gerhard Schuster  
Leitender Regierungsdirektor

Prägesiegel

# Abtretungserklärung

## Krankenkasse

Name:

Anschrift:

---

---

---

## Versicherter

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnhaft:

Versicherungsnummer:

---

---

---

---

---

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein außervertraglicher Psychotherapeut

## **Heidi Maisch, Logopädin**

Im Rahmen der von Ihnen genehmigten ambulanten Logotherapie im Kostenerstattungsverfahren die anfallenden Rechnungen direkt an Sie als meine Krankenkasse stellt.

Diese Abtretungserklärung gilt für die von Ihnen genehmigte Sitzungsanzahl.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)