

[Ihr Name]

[Ihre Anschrift]

[PLZ, Ort]

[Versichertennummer]

[Datum]

An die

[Name der Krankenkasse]

[Anschrift der Krankenkasse]

[PLZ, Ort]

[Ort, Datum]

Betreff: Antrag auf Kostenerstattung für eine psychotherapeutische Behandlung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bei [Name des Therapeuten] in [Ort], da es mir nicht möglich war, innerhalb eines angemessenen Zeitraums einen Therapieplatz bei einem kassenzugelassenen Psychotherapeuten zu erhalten.

1. Medizinische Notwendigkeit der Behandlung

Mein behandelnder Arzt [Name des Arztes] hat mir aufgrund meiner psychischen Erkrankung eine dringend erforderliche Psychotherapie empfohlen. Bitte finden Sie anbei die Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Behandlung.

2. Vergebliche Suche nach einem Therapieplatz

Ich habe mich intensiv um einen Therapieplatz bei einem kassenzugelassenen Psychotherapeuten bemüht, jedoch erfolglos. Ich habe

folgende Therapeuten kontaktiert, die mir entweder abgesagt haben oder nur unzumutbar lange Wartezeiten angeboten haben:

1. [Name, Praxis, Datum der Kontaktaufnahme, Grund der Ablehnung]
2. [Name, Praxis, Datum der Kontaktaufnahme, Grund der Ablehnung]
3. [Name, Praxis, Datum der Kontaktaufnahme, Grund der Ablehnung]
4. [Name, Praxis, Datum der Kontaktaufnahme, Grund der Ablehnung]
5. [Name, Praxis, Datum der Kontaktaufnahme, Grund der Ablehnung]

Die Wartezeiten übersteigen das medizinisch zumutbare Maß und verschlechtern meinen Gesundheitszustand erheblich.

Zur Information: unzumutbar lange Wartezeiten

- *mehr als 4 Wochen Wartezeit auf ein Erstgespräch.*
- *mehr als 3 Monate Wartezeit bis zur ersten regulären Therapiesitzung.*
- *Bei akuten psychischen Problemen wie z. B. Suizidalität oder nachweislicher gesundheitlicher Verschlechterung durch die Wartezeit (mit ärztlichem Attest): Mehr als 6 Wochen bis zur ersten regulären Sitzung.*

3. Keine Alternativen durch approbierte Therapeuten

In meiner Umgebung sind keine approbierten Therapeuten mit Kassensitz verfügbar, die einen Platz innerhalb einer medizinisch vertretbaren Frist anbieten können. Ebenso konnte ich keinen approbierten Therapeuten ohne Kassensitz in zumutbarer Entfernung finden.

Zur Information: unzumutbare Entfernung

- *Innerstädtisch: mehr als 30 Minuten Fahrtzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder Auto bzw. mehr als 25 km Strecke.*
- *Ländlich: mehr als 60 Minuten Fahrtzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder Auto bzw. mehr als 50 km Strecke.*
- *Ausnahmen: schwere psychische Erkrankung (z.B. Suizidalität, Panikattacken) oder mangelnde Mobilität (z.B. kein Führerschein/Auto, keine geeigneten öffentlichen Verkehrsmittel).*

4. Therapiebereitschaft einer Diplom-Psychologin mit systemischer Ausbildung ohne Approbation

Ich habe mit [Name des Therapeuten, Praxisanschrift] eine Diplom-Psychologin mit systemischer Therapieausbildung gefunden, die bereit ist,

meine Behandlung zeitnah zu beginnen. Aufgrund des Mangels an approbierten Psychotherapeuten in meiner Region sowie der nachgewiesenen Notwendigkeit einer sofortigen Behandlung, bitte ich um eine Erstattung im Rahmen einer Einzelfallentscheidung.

Anbei finden Sie den Kostenvoranschlag der Therapeutin.

5. Rechtsgrundlage der Kostenerstattung

Gemäß § 13 Abs. 3 SGB V sind die Kosten für eine außerhalb des vertragsärztlichen Systems durchgeführte Behandlung zu erstatten, wenn die Krankenkasse nicht in der Lage ist, eine zeitnahe Behandlung durch Vertragspsychotherapeuten sicherzustellen.

Da meine vergeblichen Bemühungen um einen Therapieplatz ausreichend dokumentiert sind und die medizinische Notwendigkeit besteht, bitte ich Sie, die Kosten für die psychotherapeutische Behandlung bei [Name des Therapeuten] zu übernehmen.

Sollten Sie den Antrag ablehnen, bitte ich um eine schriftliche Begründung unter Angabe der Rechtsgrundlage.

Ich danke Ihnen für die Bearbeitung meines Antrags und bitte um eine Rückmeldung innerhalb der gesetzlichen Frist von drei Wochen.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift]

Anlagen:

- Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit
- Liste der kontaktierten Therapeuten mit Absagen
- Kostenvoranschlag des Therapeuten
- (Falls vorhanden) Schriftliche Absagen der Therapeuten