

# Krankenversicherung & Autismus.

Was die gesetzliche KV übernimmt, was nicht – und wie du erfolgreich um Leistungen kämpfst.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist eine der wichtigsten Anlaufstellen für Familien mit autistischen Kindern und für betroffene Erwachsene. Aber: Nicht alles wird automatisch übernommen – und was abgelehnt wird, ist damit noch lange nicht verloren.

## 1. Was übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung?

Leistung	Details	KV übernimmt	Hinweis
<b>Diagnostik</b>	Kinder- & Jugendpsychiatrie, Psychologische Testverfahren, Arztgespräche	✓ Ja	Überweisung vom Hausarzt / Pädiater nötig
<b>Ergotherapie</b>	Bei ärztlicher Verordnung, begrenzte Anzahl Einheiten	✓ Ja	Heilmittelrichtlinie beachten – Menge begrenzt
<b>Logopädie</b>	Bei Sprachentwicklungsstörung, ärztlich verordnet	✓ Ja	Regelmäßige Neuverordnung nötig
<b>Psychotherapie</b>	Verhaltenstherapie, tiefenpsycholog. Therapie – bei zugelassenem Therapeuten	✓ Ja	Wartezeiten oft sehr lang – Kostenerstattung möglich
<b>Medikamente</b>	Zugelassene Arzneimittel z. B. Methylphenidat, Risperidon, Aripiprazol	✓ Ja	Off-label nur mit Einzelfallgenehmigung
<b>Frühförderung</b>	Komplexleistung Frühförderung (bis Schulalter)	■ Bedingt	KV + Jugend-/Sozialamt teilen sich Kosten
<b>Heilpädagog. Reiten / Reittherapie</b>	Pferdegestützte Therapie	✗ Nein	Nur über Jugendamt § 35a möglich
<b>Hippotherapie</b>	Physiotherapeutische Reittherapie	✗ Nein	G-BA 2006: kein belegter Nutzen – GKV ausgeschlossen
<b>ABA-Therapie</b>	Applied Behavior Analysis – intensive Verhaltenstherapie	■ Bedingt	Einzelfallantrag möglich – oft abgelehnt, Widerspruch lohnt
<b>Autismus-Therapie (spezifisch)</b>	Spezialisierte autismusspezifische Förderung	✗ Nein	Fällt unter Eingliederungshilfe – Jugend-/Sozialamt
<b>Hilfsmittel</b>	Noise-Cancelling-Kopfhörer, Therapiedecken, Kommunikationshilfen	■ Bedingt	Ärztliche Verordnung + Einzelfallantrag nötig
<b>Krankenhaus / stationär</b>	Stationäre kinder-/jugendpsychiatrische Behandlung	✓ Ja	Bei medizinischer Notwendigkeit vollständig

<b>Sozialpädiatr. Zentrum (SPZ)</b>	Diagnostik & Förderplanung im SPZ	<b>✓ Ja</b>	<i>Überweisung erforderlich – Wartezeiten beachten</i>
<b>Kostenerstattung Psychotherapie</b>	Bei nicht erreichbarem Kassenplatz – Privattherapie auf Antrag	<b>■ Bedingt</b>	<i>§ 13 Abs. 3 SGB V – Antrag vor Therapiebeginn stellen</i>
<b>✓ Ja = GKV übernimmt</b>		<b>■ Bedingt = Antrag / Einzelfall nötig</b>	<b>x Nein = GKV übernimmt nicht</b>

## 2. Wie du erfolgreich um Leistungen kämpfst

Eine Ablehnung durch die Krankenkasse ist kein endgültiges Nein. Viele Leistungen werden zunächst abgelehnt – und nach Widerspruch oder Klage doch genehmigt. Der Schlüssel ist: Gut vorbereitet sein und hartnäckig bleiben.

### 1 Immer schriftlich beantragen

Mündliche Zusagen zählen nicht. Jeden Antrag schriftlich stellen, per Einschreiben senden, Datum notieren.

### 2 Ärztliche Begründung einholen

Je konkreter der Arzt den medizinischen Bedarf begründet, desto schwerer kann die Kasse ablehnen. Bitte explizit um ein detailliertes Attest.

### 3 Bei Ablehnung: Widerspruch einlegen

Frist: 1 Monat ab Bescheid. Widerspruch schriftlich, per Einschreiben. Keine Begründung nötig – aber eine starke Begründung hilft. Ärztliche Stellungnahme beifügen.

### 4 Unabhängige Patientenberatung einschalten

UPD (Unabhängige Patientenberatung Deutschland) berät kostenlos: 0800 011 77 22 (Mo–Fr 8–22 Uhr, Sa 8–18 Uhr).

### 5 Sozialverband oder Rechtsanwalt einschalten

VdK, VBD oder ein auf Sozialrecht spezialisierter Anwalt kann beim Widerspruch oder vor dem Sozialgericht helfen. Rechtsschutzversicherung prüfen.

### 6 Sozialgericht als letzte Instanz

Das Sozialgericht ist kostenlos für Kläger. Klagen gegen Krankenkassen haben oft gute Erfolgsquoten – besonders wenn ärztliche Notwendigkeit klar belegt ist.

## 3. Sonderfall: Kostenerstattung bei Psychotherapie (§ 13 Abs. 3 SGB V)

Wenn kein kassenzugelassener Therapeut mit Kassensitz zeitnah erreichbar ist, kannst du einen Privattherapeuten aufsuchen und die Kosten von der Kasse erstatten lassen. Aber: Der Antrag muss **vor Therapiebeginn** gestellt werden.

- Mindestens 5 Kassensitztherapeuten schriftlich anfragen und Absagen dokumentieren
- Terminservicestelle der KV kontaktieren (Tel. 116 117) – Ergebnis dokumentieren
- Antrag auf Kostenerstattung bei der Krankenkasse stellen – VOR dem ersten Termin
- Privattherapeutin / Privattherapeuten mit Approbation beauftragen
- Rechnungen einreichen – KV erstattet in Höhe des GKV-Satzes (nicht Privattarif)

■ **Wichtig: Ohne vorherige Genehmigung keine Kostenerstattung. Erst anfragen, dann beginnen.**

## 4. Häufige Fragen

### ■ **Muss ich Autismus bei der Krankenkasse angeben?**

Nein – eine Meldepflicht gibt es nicht. Für Leistungsanträge musst du die Diagnose natürlich belegen. Daten werden streng vertraulich behandelt.

### ■ **Kann die KV Leistungen kürzen, weil mein Kind autistisch ist?**

Nein. Die Diagnose Autismus darf nicht zu einer Benachteiligung führen. GKV-Leistungen werden nach medizinischer Notwendigkeit entschieden.

### ■ **Was ist der Unterschied zwischen GKV und PKV bei Autismus?**

Private Krankenversicherungen sind flexibler: Viele erstatten Leistungen wie Reittherapie oder ABA, die die GKV ablehnt. Prüfe deinen Tarif und frage schriftlich an.

### ■ **Wie lange hat die Kasse Zeit, über einen Antrag zu entscheiden?**

3 Wochen – bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes (MDK) 5 Wochen. Danach gilt der Antrag als genehmigt (§ 13 Abs. 3a SGB V – Genehmigungsfiktion).

### ■ **Was ist die Genehmigungsfiktion?**

Wenn die Kasse nicht fristgerecht entscheidet und du die Leistung selbst beschaffst, muss sie die Kosten erstatten. Fristen schriftlich dokumentieren.

**Anlaufstellen:** UPD – Unabhängige Patientenberatung: 0800 011 77 22 (kostenlos) · VdK Sozialverband: vdk.de · Sozialgericht (kostenlos für Kläger) · Krankenkassen-Ombudsmann · autismus Deutschland e.V.: autismus.de

*Eine Ablehnung ist eine Einladung zum Widerspruch – nicht das letzte Wort.*