

# Musterbrief: Kostenübernahme Verhaltenstherapie

Antrag nach § 13 Abs. 3 SGB V – Kostenerstattungsverfahren bei der gesetzlichen  
Krankenversicherung

Vorlage · Stand: Mai 2025 · autismus-ratgeber.de

Wer trotz nachweisbarer Bemühungen keinen Therapieplatz bei einem zugelassenen Kassentherapeuten findet, hat nach § 13 Abs. 3 SGB V das Recht, eine Privatpraxis aufzusuchen und die Kosten von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet zu bekommen. Das nennt sich Kostenerstattungsverfahren.

Diese Vorlage enthält zwei Briefe: Brief 1 für den ersten Antrag (mit Kostenvoranschlag), Brief 2 für den Widerspruch bei Ablehnung. Alle blau markierten Stellen müssen individuell angepasst werden.

## Voraussetzungen für das Kostenerstattungsverfahren

Diese Punkte müssen erfüllt und dokumentiert sein, bevor der Antrag gestellt wird:

- Mindestens **3–5 zugelassene Kassentherapeuten** wurden kontaktiert – und haben abgesagt oder können keinen zeitnahen Termin anbieten (mehr als 3 Monate Wartezeit gilt als unzumutbar).
- **Alle Absagen schriftlich dokumentiert** – Datum, Name des Therapeuten, Art der Absage (Warteliste, keine Kapazität, etc.).
- Ein **ärztliches Attest** oder ein psychiatrischer Befundbericht bestätigt die Behandlungsnotwendigkeit und die Dringlichkeit.
- Ein **Kostenvoranschlag** des Privattherapeuten liegt vor (Stundensatz, geplante Sitzungszahl, Gesamtkosten).
- Die **Krankenkasse wurde vorab informiert** – idealerweise wird der Antrag gestellt, bevor die Therapie beginnt.

### ■ Therapie erst nach Antrag beginnen

Beginnt die Therapie, bevor die Krankenkasse den Antrag erhalten hat, kann die Kostenerstattung verweigert werden. Im Notfall: Antrag und erste Sitzung gleichzeitig – aber immer zuerst dokumentieren, dass ein Kassenplatz nicht erreichbar war.

## Platzhalter – Übersicht

[Vorname Nachname]	Vollständiger Name
[Straße, PLZ Ort]	Anschrift
[Versichertennummer]	Von der Krankenkassenkarte
[Name der Krankenkasse]	Vollständiger Name der GKV

<b>[Adresse der Kasse]</b>	Anschrift der zuständigen Geschäftsstelle
<b>[Datum]</b>	Datum des Schreibens
<b>[Diagnose(n)]</b>	ICD-10-Kode(s) und Klartextbezeichnung, z. B. F41.1 (Generalisierte Angststörung)
<b>[Name des Therapeuten]</b>	Vollständiger Name des Therapeuten
<b>[Adresse der Praxis]</b>	Praxisanschrift
<b>[Stundensatz in €]</b>	Honorar des Therapeuten pro Sitzung
<b>[Anzahl Sitzungen]</b>	Geplante Sitzungszahl laut Kostenvoranschlag
<b>[Gesamtkosten in €]</b>	Stundensatz × Anzahl Sitzungen

## Brief 1 – Erstantrag auf Kostenübernahme

Dieser Brief wird gestellt, wenn kein Kassenaotherapieplatz gefunden werden konnte und eine Privatpraxis aufgesucht werden soll.

**[Vorname Nachname]**

[Ort], [Datum]

[Straße]

[PLZ Ort]

Versichertennummer: [Versichertennummer]

[Name der Krankenkasse]

[Adresse der Kasse]

### Antrag auf Kostenübernahme für ambulante Psychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 SGB V – Vers.-Nr. [Versichertennummer]

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin bei Ihnen versichert (Versichertennummer: [Versichertennummer]) und beantrage hiermit die Kostenübernahme für ambulante Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) bei einem nicht kassenzugelassenen Therapeuten gemäß § 13 Abs. 3 SGB V.

Behandlungsbedürftigkeit und Diagnose

**Bei mir besteht eine ärztlich diagnostizierte [Diagnose(n), z. B.: Generalisierte Angststörung F41.1 / Depressive Episode F32.1 / Autismus-Spektrum-Störung F84.0 mit begleitender Angststörung], die eine zeitnahe psychotherapeutische Behandlung erfordert. Ein ärztliches Attest meines behandelnden Arztes liegt bei.**

- Die Diagnose sollte eine anerkannte Kassenindikation sein – also Angststörung, Depression, ADHS, Zwangsstörung o. Ä. Autismus allein reicht oft nicht – Komorbiditäten benennen.

Nachgewiesene Nichtverfügbarkeit eines Kassentherapieplatzes

Ich habe mich intensiv und nachweislich um einen Therapieplatz bei zugelassenen Kassenaotherapeuten bemüht. Folgende Praxen wurden kontaktiert, konnten jedoch keinen zeitnahen Therapieplatz anbieten:

**[Name Therapeut/in 1], [Ort] – Absage vom [Datum], Wartezeit: [Dauer / keine Kapazität] [Name Therapeut/in 2], [Ort] – Absage vom [Datum], Wartezeit: [Dauer / keine Kapazität] [Name Therapeut/in 3], [Ort] – Absage vom [Datum], Wartezeit: [Dauer / keine Kapazität] [Name Therapeut/in 4], [Ort] – Absage vom [Datum], Wartezeit: [Dauer / keine Kapazität]**

■ Mindestens 3 Absagen dokumentieren, besser 5. Schriftliche Absagen als Anlage beilegen. Auch ein Eintrag auf einer Warteliste gilt als Nachweis.

Eine Wartezeit von mehr als drei Monaten ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als unzumutbar anzusehen (BSG, Urteil vom 28.09.2010, Az. B 1 KR 5/10 R).

Geplante Behandlung und Kosten

**Ich habe einen Therapieplatz bei [Name des Therapeuten], [Adresse der Praxis] gefunden. Der Therapeut ist approbiert, jedoch nicht kassenzugelassen. Laut beiliegendem Kostenvoranschlag entstehen folgende Kosten: Stundensatz: [Stundensatz in €] pro Sitzung Geplante Sitzungen: [Anzahl Sitzungen] Gesamtkosten: [Gesamtkosten in €]**

■ Kostenvoranschlag des Therapeuten als Anlage beifügen. Der Stundensatz sollte sich am Gebührenrahmen der GOÄ/GOP orientieren.

Ich bitte Sie, die Kostenübernahme für diese Therapie zu genehmigen. Bei Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

**[Vorname Nachname]**

---

**Anlagen:**

- Ärztliches Attest / psychiatrischer Befundbericht
- Schriftliche Absagen der kontaktierten Kassenaotherapeuten (mind. 3, besser 5)
- Kostenvoranschlag des Privattherapeuten
- Kopie der Krankenversicherungskarte
- Ggf. Bestätigung der Wartelisteneintragung

**■ Tipps für den Erstantrag**

Fristen: Die Krankenkasse hat drei Wochen Zeit zu entscheiden. Antwortet sie nicht, gilt die Genehmigung nach § 13 Abs. 3a SGB V als erteilt – Datum des Eingangs bei der Kasse unbedingt dokumentieren (Einschreiben mit Rückschein). Diagnosestrategie: Je klarer die Behandlungsnotwendigkeit aus dem ärztlichen Attest hervorgeht, desto stärker der Antrag. Der Arzt sollte explizit schreiben: "Eine zeitnahe Behandlung ist aus medizinischer Sicht dringend erforderlich." Wenn die Kasse um ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) bittet: Das ist ihr Recht. Eigenen Arztbrief als Gegendarstellung vorbereiten.

---

## Brief 2 – Widerspruch gegen die Ablehnung

Dieser Brief wird eingesetzt, wenn die Krankenkasse den Antrag abgelehnt hat. Frist: einen Monat ab Zustellung des Ablehnungsbescheids.

#### ■ **Widerspruchsfrist: 1 Monat**

Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats nach Zustellung des Ablehnungsbescheids bei der Krankenkasse eingehen. Datum des Bescheids und Fristende sofort im Kalender notieren. Widerspruch immer per Einschreiben mit Rückschein senden.

[Vorname Nachname]

[Ort], [Datum]

[Straße]

[PLZ Ort]

Versichertennummer: [Versichertennummer]

[Name der Krankenkasse]

[Adresse der Kasse]

### **Widerspruch gegen Ablehnungsbescheid vom [Datum des Bescheids] – Vers.-Nr. [Versichertennummer]**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich fristgerecht Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom [Datum des Ablehnungsbescheids] ein, mit dem Sie meinen Antrag auf Kostenübernahme für ambulante Psychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 SGB V abgelehnt haben.

#### **Aktenzeichen / Bescheidnummer: [AktENZEICHEN AUS DEM BESCHIED]**

■ Das Aktenzeichen steht oben im Ablehnungsbescheid.

Begründung des Widerspruchs

Ihre Ablehnung ist aus folgenden Gründen rechtswidrig und verletzt meine Rechte als Versicherte/r:

1. Nachgewiesene Notwendigkeit der Behandlung: Eine akute Behandlungsbedürftigkeit liegt vor und ist durch das beigefügte ärztliche Attest belegt. Eine Wartezeit von mehreren Monaten ist aus medizinischer Sicht nicht vertretbar.
2. Nachgewiesene Nichtverfügbarkeit eines Kassentherapieplatzes: Ich habe mich bei [Anzahl] zugelassenen Kassentherapeuten in meiner Region um einen Therapieplatz bemüht. Alle Praxen haben abgesagt oder können keinen zeitnahen Termin anbieten. Die Nachweise (Absageschreiben) liegen bereits vor bzw. werden erneut beigefügt.
3. Rechtliche Grundlage: Nach § 13 Abs. 3 SGB V hat die Krankenkasse die Kosten zu erstatten, wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat oder wenn sie dem Versicherten eine Leistung nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen konnte. Dies ist hier der Fall.

Das Bundessozialgericht hat in ständiger Rechtsprechung bestätigt, dass eine Wartezeit von mehr als drei Monaten eine unzumutbare Verzögerung darstellt (BSG, B 1 KR 5/10 R). Ich fordere Sie daher auf, meinen Antrag erneut zu prüfen und die Kostenübernahme zu genehmigen.

[Optional: Hier können weitere individuelle Argumente ergänzt werden, z. B. bereits begonnene Therapie wegen Dringlichkeit, Verschlechterung des Gesundheitszustands, oder spezifische Aussagen aus dem Ablehnungsbescheid widerlegen.]

■ Diesen Absatz anpassen oder streichen. Je spezifischer der Widerspruch auf die genannten Ablehnungsgründe eingeht, desto stärker.

Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung des Eingangs dieses Widerspruchs und um eine Entscheidung innerhalb der gesetzlichen Frist.

Mit freundlichen Grüßen,

[Vorname Nachname]

**Anlagen:**

- Kopie des Ablehnungsbescheids
- Aktualisiertes ärztliches Attest (falls neue Befunde vorliegen)
- Absagenachweise der Kassenaotherapeuten (erneut beigefügt)
- Ggf. neuer Kostenvoranschlag

**■ Nach dem Widerspruch – nächste Schritte**

Widerspruch abgelehnt: Klage beim Sozialgericht ist möglich – kein Anwaltszwang, keine Gerichtskosten für Kläger. Erfolgsquote bei gut begründeten Klagen ist hoch. Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) kostenlos einschalten: [patientenberatung.de](http://patientenberatung.de) – sie begleiten Widerspruchs- und Klageverfahren. Sozialverband VdK: [vdk.de](http://vdk.de) – kostenlose Rechtsberatung bei Kassenkonflikten für Mitglieder. Therapie trotz laufendem Verfahren: Wenn die Behandlung dringend ist, kann die Therapie begonnen werden – auf eigenes Risiko. Die Erstattung kann später erfolgen, wenn der Widerspruch Erfolg hat.

**Rechtliche Grundlagen**

<b>§ 13 Abs. 3 SGB V</b>	Kernvorschrift: Kostenerstattung, wenn die Kasse eine Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder zu Unrecht abgelehnt hat.
<b>§ 13 Abs. 3a SGB V</b>	Genehmigungsfiktion: Entscheidet die Kasse nicht innerhalb von drei Wochen (bei MD-Einschaltung fünf Wochen), gilt der Antrag als genehmigt.
<b>§ 27 Abs. 1 SGB V</b>	Anspruch auf Krankenbehandlung – umfasst auch psychotherapeutische Behandlung.
<b>BSG, B 1 KR 5/10 R</b>	Bundessozialgericht: Wartezeit von mehr als drei Monaten auf einen Kassenaotherapieplatz ist unzumutbar und begründet den Kostenerstattungsanspruch.
<b>§ 17 Abs. 1 SGB I</b>	Sicherstellungsauftrag der Kassen: Sie müssen sicherstellen, dass Leistungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.

**Anlaufstellen und Beratung**

<b>Unabhängige Patientenberatung (UPD)</b>	patientenberatung.de – kostenlose Beratung zu Kassenstreitigkeiten, Widersprüchen und Klageverfahren.
<b>Kassenärztliche Vereinigung (KV)</b>	116117.de – Vermittlung von Therapieplätzen mit gesetzlicher Wartezeit-Garantie (4 Wochen bis Erstgespräch).
<b>VdK Sozialverband</b>	vdk.de – kostenlose Rechtsberatung für Mitglieder bei Konflikten mit der Krankenkasse.
<b>Sozialgericht</b>	Zuständig für Klagen gegen Krankenkassen – kein Anwaltszwang, keine Gerichtskosten für Versicherte in erster Instanz.
<b>autismus Deutschland e.V.</b>	autismus.de – regionale Beratung, Vermittlung von Fachleuten.

### **Wichtiger Hinweis**

Diese Musterbriefe dienen zur allgemeinen Orientierung und ersetzen keine individuelle Rechts- oder Sozialberatung. Für komplexe Fälle oder nach wiederholter Ablehnung empfehlen wir, die UPD oder einen Fachanwalt für Sozialrecht hinzuzuziehen.

---

Stand: Mai 2025 · [autismus-ratgeber.de](http://autismus-ratgeber.de) · Weitere Musterbriefe, Checklisten und Infoblätter unter [autismus-ratgeber.de](http://autismus-ratgeber.de)