

Antrag auf Kostenerstattung für die ADHS- und Autismus-Diagnostik

Vorlage für gesetzlich Versicherte aller Krankenkassen (§ 13 Abs. 3 SGB V)

Die ADHS- und Autismus-Diagnostik in unserer Praxis ist eine privatärztliche Leistung nach der GOÄ. Gesetzlich Versicherte können bei ihrer Krankenkasse beantragen, dass sie die Kosten erstattet, wenn die Diagnostik bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten nicht in angemessener Zeit zu bekommen ist. Die Kasse entscheidet im Einzelfall.

So gehen Sie vor

- 1 Erst Kassentermine anfragen.** Fragen Sie psychiatrische Kassenpraxen und Ambulanzen (Institutsambulanzen, Spezialambulanzen für ADHS oder Autismus im Erwachsenenalter) nach einem Termin für die Diagnostik und rufen Sie die Terminservicestelle unter 116 117 an. Halten Sie jede Anfrage im Protokoll auf der letzten Seite fest: Datum, Praxis, Ergebnis. Wichtig ist, ob die angebotene Stelle die Diagnostik tatsächlich durchführt – ein allgemeiner Sprechstundentermin ist noch keine Diagnostik.
- 2 Notwendigkeit bescheinigen lassen.** Eine Überweisung oder kurze Bescheinigung Ihrer Hausarztpraxis oder Ihrer behandelnden Psychotherapeutin bzw. Ihres Psychotherapeuten, warum die Abklärung jetzt nötig ist, stärkt den Antrag erheblich.
- 3 Antrag ausfüllen.** Legen Sie die passende Kosteninformation unserer Praxis bei (Selbstzahler-Fassung: ADHS, ASS oder Kombi-Diagnostik; als PDF auf unserer Website), dazu das Protokoll und vorhandene Arztbriefe.
- 4 Nachweisbar abschicken.** Per Einschreiben, per Fax mit Sendebericht oder über die App Ihrer Kasse mit Eingangsbestätigung. Behalten Sie eine Kopie.
- 5 Entscheidung abwarten.** Die Kasse muss innerhalb von drei Wochen entscheiden, wenn sie den Medizinischen Dienst einschaltet innerhalb von fünf Wochen; kann sie die Frist nicht einhalten, muss sie Ihnen das rechtzeitig schriftlich mit Begründung mitteilen (§ 13 Abs. 3a SGB V). Bitte klären Sie die Kostenfrage mit Ihrer Kasse, bevor Sie einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.
- 6 Bei Bewilligung** bezahlen Sie unsere Rechnung nach GOÄ und reichen sie bei der Kasse ein. **Bei Ablehnung** können Sie innerhalb eines Monats schriftlich Widerspruch einlegen; die Frist steht im Bescheid. Kostenfreie Beratung bietet die Unabhängige Patientenberatung Deutschland unter 0800 011 77 22.

Diese Vorlage ist eine Ausfüllhilfe, keine Rechtsberatung, und begründet keinen Anspruch auf Erstattung. Bitte streichen oder ergänzen Sie, was auf Sie nicht zutrifft. Die Vorlage gibt es auch als Word-Datei zum Bearbeiten. Stand: Oktober 2026.

Vor- und Nachname			Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer			PLZ, Ort	
Telefon		E-Mail		
An die Krankenkasse			Versichertennummer	
Straße bzw. Postfach			PLZ, Ort	
Ort, Datum				

Antrag auf Kostenübernahme, hilfsweise Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V, für eine fachärztliche Diagnostik im Erwachsenenalter

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine leitliniengerechte fachärztliche Diagnostik auf

- ☐ eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- ☐ eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS)

1. Vorrangig: Können Sie mir eine Vertragsärztin, einen Vertragsarzt oder eine zugelassene Einrichtung benennen, die diese Diagnostik vollständig, in zumutbarer Entfernung und in angemessener Zeit durchführt, bitte ich um eine konkrete Benennung mit Terminangebot.

2. Hilfsweise: Andernfalls beantrage ich die Erstattung der Kosten nach § 13 Abs. 3 SGB V für die Diagnostik in der Praxis für Psychotherapie am Pottkamp, Dr. med. Stephan-Sebastian Scherer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Pottkamp 23, 48149 Münster. Die Leistung wird dort privatärztlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbracht; die vertragsärztliche Zulassung der Praxis ist auf Psychotherapie beschränkt und umfasst diese psychiatrische Diagnostik nicht. Die voraussichtlichen Kosten ergeben sich aus der beigefügten Kosteninformation der Praxis:

voraussichtliche Kosten im Regelfall (€)

Begründung

a) Beschwerden und Anlass der Abklärung (seit wann, was im Alltag, im Beruf oder in Beziehungen beeinträchtigt ist, bisherige Behandlungen)

b) Die Diagnostik ist notwendig, weil ohne gesicherte Diagnose keine gezielte Behandlung eingeleitet werden kann. Zutreffendes ist angekreuzt:

- ☐ Bisherige Behandlungen (z. B. wegen Depression, Angst oder Erschöpfung) haben nicht ausreichend geholfen.
- ☐ Es bestehen oder drohen Arbeitsunfähigkeit, Verlust des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes oder ein Studienabbruch.
- ☐ Meine behandelnde Ärztin / mein Arzt bzw. Psychotherapeut/in hält die Abklärung für erforderlich (Bescheinigung anbei).

☐ Weitere Gründe:

c) Ich habe mich vergeblich um einen Termin für diese Diagnostik in der vertragsärztlichen Versorgung bemüht. Meine Anfragen sind im beigefügten Protokoll aufgeführt.

Terminservicestelle 116 117 angefragt am

Ergebnis

Die Leistung kann damit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht rechtzeitig erbracht werden (§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Ich bitte um einen schriftlichen Bescheid innerhalb der Frist des § 13 Abs. 3a SGB V (drei Wochen, bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes fünf Wochen) und, falls Sie den Medizinischen Dienst einschalten, um eine kurze Mitteilung darüber.

Anlagen

- ☐ Kosteninformation der Praxis am Pottkamp (GOÄ)
- ☐ Protokoll meiner Terminanfragen
- ☐ Überweisung oder Bescheinigung der behandelnden Ärztin / des Arztes bzw. Psychotherapeut/in
- ☐ Arztbriefe oder Befunde
- ☐ Sonstiges:

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Protokoll meiner Terminanfragen

Anlage zum Antrag nach § 13 Abs. 3 SGB V. Bitte jede Anfrage eintragen – auch Praxen, die nicht zurückgerufen haben oder keine Diagnostik bei Erwachsenen anbieten.

Name

Versichertennummer

Datum	Praxis / Einrichtung, Ort	Kontaktweg	Ergebnis (z. B. keine Diagnostik, Aufnahmestopp, Wartezeit bis ...)

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Protokoll zutreffen.

Unterschrift