

Applying to your statutory health insurer for reimbursement of the ADHD and autism assessment

Template for members of any German statutory health insurer (§ 13 (3) SGB V)

The ADHD and autism assessment at our practice is a private medical service invoiced under the German medical fee schedule (GOÄ). If you are insured with a German statutory health insurer (*gesetzliche Krankenkasse*), you can apply to have the costs reimbursed when the assessment cannot be obtained from doctors within the statutory system in reasonable time. The insurer decides case by case.

The application itself must be written in German, the official language of German social administration. The form on the following pages is therefore in German, with an English translation of each passage in grey beneath it. Please fill in the fields in German where you can; short entries in English are better than none.

Step by step

- 1 First ask for appointments within the statutory system.** Contact psychiatric practices and outpatient clinics that accept statutory insurance (hospital outpatient departments, specialist ADHD or autism clinics for adults) and call the appointment service on 116 117. Record every enquiry in the log on the last page: date, practice, outcome. What matters is whether the place offered actually carries out the assessment – a general consultation is not yet an assessment.
- 2 Have the need confirmed.** A referral or short note from your GP or your treating psychotherapist stating why the assessment is needed now strengthens the application considerably.
- 3 Complete the application.** Enclose the appropriate fee information from our practice (self-payer version: ADHD, ASD or combined assessment; the German PDFs on our website), together with the log and any medical letters.
- 4 Send it in a way you can prove.** By registered post (*Einschreiben*), by fax with transmission report, or through your insurer's app with confirmation of receipt. Keep a copy.
- 5 Wait for the decision.** The insurer must decide within three weeks, or within five weeks if it involves its medical service (*Medizinischer Dienst*); if it cannot meet the deadline it must tell you in writing, with reasons, in good time (§ 13 (3a) SGB V). Please clarify the question of costs with your insurer before booking an appointment with our practice.
- 6 If approved**, you pay our GOÄ invoice and submit it to your insurer. **If refused**, you can lodge a written objection (*Widerspruch*) within one month; the deadline is stated in the decision. Free advice (in German) is available from the Unabhängige Patientenberatung Deutschland on 0800 011 77 22.

This template is a guide to completing the application, not legal advice, and does not establish any entitlement to reimbursement. Please delete or add whatever does not apply to you. A Word version for editing is also available. As of October 2026.

Vor- und Nachname / first and last name

Geburtsdatum / date of birth

Straße, Hausnummer / street, no.

PLZ, Ort / postcode, town

Telefon / phone

E-Mail

An die Krankenkasse / to the insurer

Versichertennummer / insurance no.

Straße bzw. Postfach / street or PO box

PLZ, Ort / postcode, town

Ort, Datum / place, date

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

Application for cover, or alternatively reimbursement under § 13 (3) SGB V, of a specialist assessment in adulthood

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

I apply for cover of the costs of a guideline-compliant specialist assessment for

- ☐ eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – ADHD
- ☐ eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) – autism spectrum disorder

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.

1. Primarily: if you can name a doctor or institution within the statutory system who carries out this assessment in full, within reasonable distance and time, I ask you to name them and offer an appointment.

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:

2. Alternatively: otherwise I apply for reimbursement under § 13 (3) SGB V of the assessment at the Praxis am Pottkamp. It is provided there as a private service under the GOÄ; the practice's statutory licence is limited to psychotherapy and does not cover this psychiatric assessment. The expected costs are shown in the enclosed fee information:

voraussichtliche Kosten im Regelfall (€) / expected costs, standard case (€)

Begründung

Reasons

a) Beschwerden und Anlass der Abklärung / a) symptoms and reason for the assessment (since when; what is impaired at work, in daily life or in relationships; previous treatment)

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

b) The assessment is necessary because targeted treatment cannot begin without a confirmed diagnosis. Tick what applies:

- ☐ Bisherige Behandlungen (z. B. wegen Depression, Angst oder Erschöpfung) haben nicht ausreichend geholfen. – Previous treatment (e.g. for depression, anxiety or exhaustion) has not helped enough.
- ☐ Es bestehen oder drohen Arbeitsunfähigkeit, Verlust des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes oder ein Studienabbruch. – Sick leave, loss of job or training place, or dropping out of university exists or threatens.
- ☐ Meine behandelnde Ärztin / mein Arzt bzw. Psychotherapeut/in hält die Abklärung für erforderlich (Bescheinigung anbei). – My treating doctor or psychotherapist considers the assessment necessary (note enclosed).
- ☐ Weitere Gründe / further reasons:

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

c) I have tried without success to obtain an appointment for this assessment within the statutory system. My enquiries are listed in the enclosed log.

Terminservicestelle 116 117 angefragt am / called on

Ergebnis / outcome

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

The service therefore cannot be provided in time within the statutory system.

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.

I ask for a written decision within the deadline of § 13 (3a) SGB V (three weeks, five weeks if the medical service is involved) and, if you involve the medical service, for a short notice of this.

Anlagen

Enclosures

- ☐ Kosteninformation der Praxis am Pottkamp (GOÄ) – fee information
- ☐ Protokoll meiner Terminanfragen – log of my enquiries
- ☐ Überweisung oder Bescheinigung der behandelnden Ärztin / des Arztes bzw. Psychotherapeut/in – referral or note
- ☐ Arztbriefe oder Befunde – medical letters or reports
- ☐ Sonstiges / other:

Mit freundlichen Grüßen

Yours faithfully

Ort, Datum / place, date

Unterschrift / signature

Protokoll meiner Terminanfragen

Log of my appointment enquiries

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.

Enclosure to the application. Please enter every enquiry – including practices that did not call back or do not assess adults.

Name

Versichertennummer / insurance no.

Datum / date	Praxis / Einrichtung, Ort – practice, town	Kontaktweg / by	Ergebnis (keine Diagnostik, Aufnahmestopp, Wartezeit bis ...) – outcome

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Protokoll zutreffen.

I confirm that the information in this log is correct.

Ort, Datum / place, date

Unterschrift / signature