

[Vorname Nachname des Elternteils]  
[Straße Hausnummer]  
[PLZ Ort]  
Telefon: [Telefonnummer]

[Name der Krankenkasse]  
[Abteilung - falls bekannt]  
[Straße / Postfach]  
[PLZ Ort]

[Ort], den 7. Januar 2026

### **Antrag auf Kostenerstattung für Kinderpsychotherapie (§ 13 Abs. 3 SGB V)**

Patient: **[Vorname Nachname des Kindes]**, geb. am **[Geburtsdatum]**  
Versichertennummer: **[Versichertennummer des Kindes]**

Sehr geehrte Damen und Herren,

als gesetzliche(r) Vertreter(in) meines Kindes, **[Vorname des Kindes]**, beantrage ich hiermit die Übernahme der Kosten für eine ambulante Psychotherapie (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) in einer Privatpraxis im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V.

#### **Begründung des Systemversagens**

Trotz intensiver Bemühungen konnte für mein Kind in den letzten Wochen kein Therapieplatz bei einem Therapeuten mit Kassenzulassung in zumutbarer Zeit und Entfernung gefunden werden. Ein Systemversagen liegt vor, da die unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht werden konnte. Besonders im Kindesalter führen lange Wartezeiten zu einer Chronifizierung der Symptomatik und gefährden die gesunde Entwicklung. Die beigelegte Absagenliste dokumentiert **[Anzahl]** erfolglose Kontaktversuche bei Vertragstherapeuten.

#### **Dringlichkeit und medizinische Notwendigkeit**

Die medizinische Notwendigkeit sowie die besondere Dringlichkeit wurden im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde (Formblatt PTV 11) sowie durch die beigelegte ärztliche Bescheinigung bestätigt. Eine weitere Verzögerung des Behandlungsbeginns ist aus fachärztlicher Sicht nicht vertretbar.

#### **Gewählter Behandler**

Die Behandlung soll bei **[Name des Therapeuten/der Therapeutin]**, **[Anschrift der Privatpraxis]**, stattfinden. Die erforderliche Fachkunde für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie die staatliche Approbation liegen vor.

#### **Rechtlicher Vorbehalt und Fristen**

Ich weise auf die gesetzliche Entscheidungsfrist von drei Wochen gemäß § 13 Abs. 3a SGB V hin. Zur Sicherung des Erstattungsanspruchs wird die Behandlung erst nach Ihrer Genehmigung bzw. nach Ablauf der Frist (Genehmigungsfiktion) aufgenommen.

Ich bitte um eine zeitnahe Entscheidung, um die gesundheitliche Entwicklung meines Kindes nicht weiter zu gefährden.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift des Elternteils]  
([Vorname Nachname des Elternteils])  
– Gesetzliche(r) Vertreter(in) –

**Anlagen:**

- Protokoll der erfolglosen Suche (Absagenliste)
- PTV 11 (Bescheinigung der Sprechstunde)
- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (Dringlichkeitsattest)
- Qualifikationsnachweis des Behandlers