

Absender  
Name:  
Anschrift:  
Telefon:  
E-Mail:

Absender

Adresse der Krankenkasse

Heutiges Datum

## **Betrifft: Antrag auf Übernahme der Weiterbehandlung von ADHS nach erfolgter Diagnosestellung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V**

**Name der/des Versicherten:**

**Geburtsdatum:**

**Versichertennummer:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage/n ich/wir die Kostenübernahme für die medikamentöse Weiterbehandlung/ Behandlung meines/unseres Kindes [Name des Kindes] aufgrund einer Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS) durch die Praxis Anders<sup>3</sup> (www.anders3.de), Gartenstraße 2a, 24558 Henstedt-Ulzburg. Die Diagnose wurde [Datum der Diagnosestellung] durch [Name der diagnostizierenden Person/Institution] bestätigt.

### **Begründung:**

#### **1. Notwendigkeit der Weiterbehandlung**

Nach der erfolgten Diagnostik ist eine kontinuierliche Weiterbehandlung erforderlich, um die gesundheitliche und soziale Entwicklung meines/unseres Kindes zu gewährleisten. Dazu gehören regelmäßige Kontrolluntersuchungen, die Einstellung und Anpassung einer medikamentösen Therapie (falls erforderlich) sowie begleitende therapeutische Maßnahmen, um die bestmögliche Versorgung sicherzustellen.

#### **2. Fehlende zeitnahe Behandlungsmöglichkeit im vertragsärztlichen Bereich**

In unserer Region bestehen erhebliche Wartezeiten für eine Weiterbehandlung bei kassenärztlich zugelassenen Fachärzt:innen. Eine zeitnahe Übernahme durch einen kassenärztlichen Anbieter ist nicht möglich, was eine fortlaufende Versorgung durch die Praxis Anders<sup>3</sup> notwendig macht.

*Ergänze konkrete Beispiele wie: „Ich habe bei [Anzahl] Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen in meiner Region im Umkreis von ... angefragt, jedoch entweder Absagen erhalten oder falls es überhaupt eine Warteliste gab, Wartezeiten von über [X Monaten/Jahren] genannt bekommen.“ (Nachweise mit einreichen)*

*Füge ggf. Screenshots oder schriftliche Absagen als Anlage bei.*

### 3. Logistische und medizinische Herausforderungen

Ich/wir habe/n im zumutbaren Umkreis keine Praxis gefunden, die sowohl medikamentöse Betreuung als auch eine adäquate Unterstützung in der Komplexität unseres Falles bietet. Die spezialisierten Behandlungsmöglichkeiten in der Praxis Anders<sup>3</sup> sind daher essenziell, um eine lückenlose und bedarfsgerechte Weiterbehandlung zu gewährleisten. *(Optional wenn mehr als eine Person der Familie in Behandlung ist: Zudem bedeutet die Bündelung unserer medizinischen Betreuung an einem Ort eine erhebliche Erleichterung hinsichtlich der Organisation und Terminplanung, wodurch der Zugang zur notwendigen Versorgung für mich und mein Kind /uns nachhaltig gesichert wird.)*

*Beschreibe konkret, wie sich die Symptomatik auf dein Leben auswirkt, z. B.: „Aufgrund meiner Symptome (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten, emotionale Überforderung, soziale Isolation) bin ich/wir im Alltag stark eingeschränkt. Dies führt zu Problemen in [Beruf/Schule/sozialen Beziehungen].“*

*Betone die gesundheitlichen und sozialen Folgen einer weiteren Verzögerung.*

### 4. Erhöhung der Versorgungssicherheit durch ganzheitliche Betreuung der Familie (optional)

*[Mein Kind/Partner:in] wird / ich werde bereits/ebenfalls in der Praxis Anders<sup>3</sup> behandelt, wodurch eine koordinierte und ganzheitliche Betreuung unserer Familie als System sichergestellt werden kann. Eine auf Neurodivergenz spezialisierte Praxis wie Anders<sup>3</sup> ermöglicht eine fachgerechte, langfristige und auf unsere spezifischen Bedürfnisse abgestimmte Versorgung. Dies reduziert nicht nur organisatorische Belastungen, sondern verbessert auch die medizinische Qualität der Behandlung, da bestehende Wechselwirkungen innerhalb des Familiensystems berücksichtigt werden können.*

### 5. Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse gemäß § 13 Abs. 3 SGB V

Gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 19.03.2014, Az. B 1 KR 24/13 R) ist die Krankenkasse verpflichtet, die Kosten für eine privatärztliche Leistung zu übernehmen, wenn diese im vertragsärztlichen Bereich nicht zeitnah verfügbar ist.

### Beantragte Leistungen:

- Regelmäßige Verlaufskontrollen zur Überprüfung der Symptomatik
- Einstellung bzw. Anpassung der Medikation nach medizinischer Notwendigkeit
- Beratung zu therapeutischen und beruflichen Unterstützungsmaßnahmen

**Kosten:** Die Kosten der Weiterbehandlung in der Praxis Anders<sup>3</sup> richten sich nach dem individuellen Behandlungsaufwand und werden nach GOÄ abgerechnet. Die voraussichtlichen Kosten betragen 100-200 Euro pro Quartal zzgl. Kosten für die Medikamente selbst.

Sollten Sie für die Entscheidung noch weitere Unterlagen oder Nachweise benötigen, bitte/n ich/wir um kurze Information.

Ich/wir hoffe/n auf Ihr Verständnis für die Situation unseres Kindes und unserer Familie und bitte/n Sie, mir/uns den Zugang zu einer zeitnahen medikamentösen Therapie zu ermöglichen, um unsere Lebensqualität – insbesondere die unseres Kindes - zu verbessern.

Ich/wir bitte/n um eine schriftliche Bestätigung des Eingangs des Antrags. Außerdem bitte ich/wir um eine zügige Bearbeitung des Antrags und eine schriftliche Rückmeldung innerhalb von drei Wochen. Sollte die Krankenkasse eine Ablehnung erteilen, bitte/n ich/wir um eine rechtsmittelfähige Begründung.

Bei Rückfragen stehe ich/wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Name/Unterschrift

### Anlagen:

---

---

**Dem Antrag müssen folgende Unterlagen beigefügt werden, die den Antrag unterstützen. Je mehr Unterlagen vorhanden sind, desto größer sind die Erfolgsaussichten.**

### **Erforderliche Unterlagen und Hinweise für einen erfolgreichen Antrag:**

- **Screenshots und Absagen:** Füge alle schriftlichen Absagen oder Wartelistenbestätigungen bei.
- **Ärztliche und/oder (Psycho-)Therapeutische Empfehlungen:** Lasse die Ärzt:innen konkret auf die Dringlichkeit eingehen, z. B.:  
*„Eine zeitnahe Therapie ist dringend erforderlich, um weitere gesundheitliche und soziale Folgen zu vermeiden.“*
  - *Je ausführlicher, desto besser*
  - *Gerne auch von mehreren Ärzt:innen (z. B. Hausarzt, Psychiater, Neurologe und/oder Therapeuten (Psychotherapie, Ergotherapie))*
- **Eigenes Begleitschreiben:** Erstelle ein separates Schreiben, in dem du deine Symptome und Einschränkungen detailliert beschreibst (siehe „Begleitschreiben zum Antrag eines GdB“ in den Downloads [www.anders3.de](http://www.anders3.de)).
- **Kostenträchtige Folgen:** *Betone, dass eine verzögerte Therapie langfristig höhere Kosten für die Krankenkasse verursachen könnte (z. B. durch Arbeitsunfähigkeit oder Folgeerkrankungen).*