Abs.

Name und Anschrift des Antragstellers

An

Krankenkasse xy, Anschrift Krankenkasse Datum xy

**Antrag auf Kostenerstattung (gemäß § 13 Abs 3 SGB V) für Psychotherapie bei M.Sc. Psychologin (Schwerpunkt Klinische Psychologie & Psychotherapie), Kinder-& Jugendlichenpsychotherapeutin (bis 21 Jahre) & Heilpraktikerin für Psychotherapie Sara Grether**

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Basis des § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie dem Vergleich vor dem Bundessozialgericht (BSG) vom 21.05.1997 (Az. 5 RKa 15/97) beantrage ich die Kostenerstattung für (5/15/25) Sitzungen bei einer psychologischen Behandlerin, die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde besitzt, aber keine Kassenzulassung für Erwachsene ab 22 Jahren hat.

Hierbei habe ich in Sara Grether, M.Sc. Psychologin, Psychotherapeutin für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (bis 21 Jahre) und Heilpraktikerin für Psychotherapie, eine Therapeutin meines Vertrauens gefunden. Frau Grether arbeitet vorrangig mit verhaltenstherapeutischen Verfahren; eine Therapie in ihrer Privatpraxis ist bei ihr sofort möglich. Da ich dringend psychotherapeutische Hilfe benötige, kann ich den Beginn einer therapeutischen Behandlung nicht länger aufschieben. Bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung sind die Wartezeiten jedoch zu lang. Ich habe an meinem Wohnort und in der Umgebung bei den untenstehenden Therapeuten nach freien Therapieplätzen gefragt. Da mir bei keinem der VertragsbehandlerIn in einem angemessenen Zeitraum (max. 3 Monate) ein Therapieplatz angeboten werden konnte und weitere Fahrten, längere Wartezeiten oder weitere Anfragen nicht zumutbar sind, bitte ich um eine Kostenerstattung bei Frau M.Sc.Psych. Sara Grether. Alternativ bitte ich Sie um die Nennung eines Psychotherapeuten, bei dem ich innerhalb der nächsten 3 Monate eine Therapie beginnen kann. Die Überweisung meines Hausarztes/Psychiaters Dr. Mustermann liegt in Kopie bei. Um schnelle Bearbeitung wird gebeten. Übersicht meiner Anfragen:

* Herr/ Frau xy1, Psychotherapeutin, Anschrift. Angefragt am 01.01.2025. Wartezeit von 1 Jahr
* Herr/ Frau xy2, Psychotherapeutin, Anschrift. Angefragt am 08.01.2025. Wartezeit von 7 Monaten
* Herr/ Frau xy3, Psychotherapeutin, Anschrift. Angefragt am 04.01.2025. Wartezeit von 5 Monaten

Mit freundlichen Grüßen

*Name des Antragsstellers*

**Anlage:** – Notwendigkeitsbescheinigung / Überweisung durch den Hausarzt