

Widerspruch gegen abgelehnte Krankenkassenleistung.

Musterbrief & Schritt-für-Schritt-Anleitung – für Therapien, Hilfsmittel, Medikamente und mehr.

Eine Ablehnung durch die Krankenkasse ist kein endgültiges Nein. Das Widerspruchsverfahren ist kostenlos, unkompliziert – und in vielen Fällen erfolgreich. Wichtig: Die Frist beträgt **einen Monat** ab Zugang des Ablehnungsbescheids.

Meine Angaben (vor dem Absenden ausfüllen)

Vor- und Nachname	Versichertennummer
Straße, Hausnummer	
PLZ	Ort
Krankenkasse (Name)	Datum des Ablehnungsbescheids
Aktenzeichen / Bescheidnummer	Beantragte Leistung
Behandelnder Arzt / KJP	Telefon für Rückfragen

Checkliste: Vor dem Absenden

- Ablehnungsbescheid vollständig gelesen und Begründung notiert
Die Begründung der Kasse bestimmt, wie du deinen Widerspruch formulierst
- Frist geprüft: Widerspruch muss innerhalb 1 Monat ab Zugang eingehen
Datum des Bescheids + 1 Monat = Fristende. Im Zweifel sofort handeln.
- Ärztliches Attest oder Stellungnahme beim Arzt angefordert
Je konkreter die medizinische Begründung, desto besser
- Alle relevanten Belege gesammelt
Diagnoseberichte, Therapieempfehlungen, frühere Arztbriefe
- Brief per Einschreiben mit Rückschein vorbereitet
Datum der Absendung notieren – Eingang bei der Kasse muss nachweisbar sein
- Kopie des vollständigen Widerspruchs für die eigene Akte gemacht
- Unabhängige Patientenberatung (UPD) kontaktiert falls Unterstützung nötig
Kostenlos: 0800 011 77 22

■ Genehmigungsfiktion (§ 13 Abs. 3a SGB V) – wichtig!

- Die Kasse muss innerhalb von 3 Wochen entscheiden (bei MDK-Einschaltung: 5 Wochen).

- Entscheidet sie nicht rechtzeitig und du beschaffst dir die Leistung selbst,
- gilt der Antrag als genehmigt – die Kasse muss die Kosten erstatten.
- Fristen schriftlich dokumentieren. Selbstbeschaffung erst nach Fristablauf.

[Vorname Nachname]

[Straße Hausnummer]

[PLZ Ort]

[E-Mail-Adresse]

[Telefonnummer]

Versichertennummer: [Nummer]

[Name der Krankenkasse]

[Abteilung / Widerspruchsstelle]

[Straße Hausnummer]

[PLZ Ort]

[Ort], den [Datum]

Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid vom [Datum des Bescheids]

Aktenzeichen / Bescheidnummer: [Nummer] | Betreffende Leistung: [z. B. Ergotherapie / ABA-Therapie / Hilfsmittel XY]

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich fristgerecht **Widerspruch** gegen Ihren Ablehnungsbescheid vom **[Datum]**, Aktenzeichen **[Nummer]**, ein.

Beantragte Leistung:

Ich hatte beantragt: **[genaue Bezeichnung der Leistung, z. B. Ergotherapie, 30 Einheiten / ABA-Therapie / Versorgung mit Hilfsmittel XY]**. Die Leistung ist medizinisch notwendig für **[Name des Betroffenen]**, geboren am **[Geburtsdatum]**, der/die an einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS, ICD-10: F84._) leidet.

Begründung des Widerspruchs:

Ihre Ablehnung begründen Sie mit **[Begründung aus dem Bescheid kurz wiederholen, z. B. »fehlender Nachweis medizinischer Notwendigkeit« / »Leistung nicht im Leistungskatalog«]**. Dieser Begründung widerspreche ich ausdrücklich aus folgenden Gründen:

1. Die medizinische Notwendigkeit ist durch das beigefügte ärztliche Attest von **[Name des Arztes / der Ärztin]** vom **[Datum]** eindeutig belegt. *[Weiteren Grund ergänzen, z. B.: Die Therapie ist leitliniengerecht und entspricht dem aktuellen medizinischen Standard bei ASS.]*
2. Gemäß § 27 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, die notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall erfüllt.
3. *[Optionaler weiterer Punkt, z. B.: Vergleichbare Leistungen wurden in der Vergangenheit von Ihrer Kasse genehmigt (Bescheid vom [Datum]).]*

Beigefügte Unterlagen:

- Ärztliches Attest / Stellungnahme von [Name Arzt] vom [Datum]
- Kopie des Ablehnungsbescheids vom [Datum]
- [Weitere Unterlagen: Therapieberichte, Diagnoseberichte, Leitliniennachweise]

Ich bitte Sie, den Ablehnungsbescheid aufzuheben und die beantragte Leistung zu genehmigen. Sollten Sie meinem Widerspruch nicht abhelfen, bitte ich um Weiterleitung an den Widerspruchsausschuss sowie um schriftliche Mitteilung des weiteren Vorgehens.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

[Vorname Nachname]

Hinweise zur Verwendung dieses Musterbriefs

- Alle Felder in [eckigen Klammern] durch eigene Angaben ersetzen.
- Punkte in kursiv [...] sind optional – anpassen oder streichen.
- Brief per Einschreiben mit Rückschein senden – Datum dokumentieren.
- Widerspruchsfrist: 1 Monat ab Zugang des Bescheids (§ 84 SGG).
- Nach Ablehnung des Widerspruchs: Klage beim Sozialgericht (kostenlos für Kläger).
- Unterstützung: UPD 0800 011 77 22 (kostenlos) · VdK vdk.de · Sozialgericht