

[Vorname Nachname] · [Straße Nr.] · [PLZ Ort]

[Name der Krankenkasse]

[Abteilung, falls bekannt]

[Straße Nr.]

[PLZ Ort]

[Ort], den [Datum]

Vers.-Nr.: [Versichertennummer]

Geb.: [Geburtsdatum]

Antrag auf Kostenübernahme / Verordnung von Melatonin

Versicherte Person: [Vorname Nachname] | Diagnose: ASS (ICD-10: F84.0 / F84.1 / F84.5)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage hiermit die Kostenübernahme für das Arzneimittel Melatonin für meine Person [ggf.: / für mein Kind (Vorname, geb. TT.MM.JJJJ)]. Eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) ist ärztlich diagnostiziert; die Diagnoseunterlagen sind diesem Schreiben als Anlage beigefügt.

Medizinische Begründung

Schlafstörungen – insbesondere verlängerte Einschlaf latenz und zirkadiane Rhythmusstörungen – betreffen bis zu 80 % der autistischen Menschen (Richdale & Schreck, 2009; Cortesi et al., 2012). Eine neurobiologisch belegte Dysregulation der Melatoninsekretion gilt als wesentlicher Faktor.

Für Kinder und Jugendliche mit ASS ist das retardierte Melatonin-Präparat Slenyto (1–5 mg) in der EU seit 2018 zugelassen (EMA). Für Erwachsene ab 55 Jahren steht Circadin (2 mg, retardiert) zur Verfügung. Bei erwachsenen autistischen Personen unter 55 Jahren ist Melatonin als zulässiger Off-Label-Use einzustufen, der bei entsprechender ärztlicher Begründung nach § 35c SGB V von der GKV erstattet werden kann.

Bisherige Maßnahmen und Therapieversuche

Folgende Maßnahmen wurden bereits umgesetzt, ohne ausreichende Wirkung:

- Schlafhygiene-Maßnahmen (feste Schlafzeiten, reizarme Abendgestaltung, Bildschirmreduktion)
- Sensorische Anpassungen der Schlafumgebung (Verdunkelung, Geräuschreduktion, Temperatur)
- [ggf.: Verhaltenstherapeutische Maßnahmen / Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I)]
- [ggf.: weitere Maßnahmen ergänzen]

Ärztliche Empfehlung und Verordnung

[Name, Fachrichtung des behandelnden Arztes / der Ärztin] empfiehlt die Gabe von Melatonin [Präparat: z. B. Slenyto 1 mg / Circadin 2 mg retard] in einer Dosierung von [X mg] täglich, einzunehmen [X] Minuten vor der gewünschten Schlafzeit. Ein Arztbrief / Attest mit dieser Empfehlung ist diesem Schreiben beigefügt.

Rechtsgrundlagen

§ 27 Abs. 1 SGB V (Anspruch auf Krankenbehandlung) | § 31 SGB V (Arzneimittel)
§ 35c SGB V (Off-Label-Use) | EU-Zulassung Slenyto (EMA 2018) | Circadin (EMA 2007)

Fortsetzung: Antrag auf Kostenübernahme Melatonin | [Vorname Nachname] | Vers.-Nr.: [Versichertennummer]

Ich bitte Sie daher höflich, die Kostenübernahme für das verordnete Melatonin-Präparat zu genehmigen und mir Ihren Bescheid schriftlich mitzuteilen. Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift]

[Vorname Nachname]

[Straße Nr., PLZ Ort]

[Telefon] | [E-Mail]

Anlagen:

- Ärztliches Attest / Arztbrief mit Diagnose (ASS) und Empfehlung zur Melatonin-Therapie
- Schlafprotokoll (7-Tage-Dokumentation) – empfohlen als Nachweis
- [ggf.: Befundbericht Schlaflabor / somnologisches Gutachten]
- [ggf.: Nachweis bisheriger Therapieversuche und deren Wirkungslosigkeit]
- [ggf.: Kostenvoranschlag der Apotheke für das verordnete Präparat]

Tipps für eine bessere Erfolgschance

- Lassen Sie den Brief vom behandelnden Arzt / der Ärztin mitunterzeichnen.
- Reichen Sie immer den vollständigen Arztbrief mit Diagnose und Therapieempfehlung ein.
- Führen Sie ein Schlafprotokoll über mindestens 7 Tage – das stärkt die Begründung.
- Bei Ablehnung: Widerspruch innerhalb von 4 Wochen einlegen (§ 84 SGG).
- Sie können sich an eine Autismus-Ambulanz oder Beratungsstelle für Unterstützung wenden.

Hinweis zur Nutzung dieses Musterbriefs

Bitte alle Platzhalter [in eckigen Klammern] durch Ihre persönlichen Angaben ersetzen.
Lassen Sie den Brief vor dem Absenden von Ihrem behandelnden Arzt / Ihrer Ärztin prüfen.