

Das Widerspruchsverfahren

Beispiel: Hilfsmittel wurde nicht genehmigt

Als kranker Mensch ist man hoffentlich krankenversichert. Hier wollen wir uns dem Problem widmen, dass wir **gesetzlich** krankenversichert sind und bei der Krankenkasse (KK) einen Antrag auf ein Hilfsmittel gestellt haben. Die Krankenkasse hat aber abgelehnt. Wir wollen uns dagegen wehren bzw. herausfinden, ob wir einen Anspruch auf das Hilfsmittel haben und wie ggfls. die Genehmigung bzw. Ablehnung bei der KK abläuft.

Zunächst müssen wir also klären, was wir dagegen tun können und wie wir das machen müssen. = **Rechtsweg**

Unser Rechtssystem umfasst grob:

Verfassungsrecht – rechtliche Regelung der Grundordnung des Staates

Verwaltungsrecht – Tätigkeit d. Staates zur Verwirklichung der Ziele

Strafrecht – alle Rechtsnormen die die staatliche Strafbefugnis bestimmen

Zivilrecht – materielles Privatrecht und alle Normen zu deren Durchsetzung im Einzelfall

Es gibt die private und gesetzliche Krankenversicherung. Die gesetzliche Krankenversicherung fällt in den Tätigkeitsbereich des Staates.

In unserem Fall sind wir **gesetzlich** versichert. Privat wäre es Zivilrecht. In unserem Fall trifft **§ 4 V SGB** (Sozialgesetzbuch Fünf) zu. Das Sozialrecht ist ein „Sonderfall“ des Verwaltungsrechts.

Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. = § 4 V SGB

Somit handelt es sich um eine **öffentlich-rechtliche Streitigkeit**.

Die Krankenkassen handeln somit nach Normen (= Regel, Richtschnur, Vorschrift, Gesetz) die dem öffentlichen Recht angehören, jedoch nicht dem Verfassungsrecht. Aus ihrer Anwendung ergibt sich entweder ein Über-Unterordnungsverhältnis oder die Normen dienen überwiegend dem Allgemeininteresse oder die **Normen berechtigen oder verpflichten einen Träger der öffentlichen Verwaltung** – hier rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Das ablehnende Schreiben (sinngemäß: wir genehmigen das Hilfsmittel nicht) stellt einen **Verwaltungsakt (VA)** der Krankenkasse dar.

Der Begriff **Verwaltungsakt** umfasst jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf eine unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist.

Brennpunkt: Probleme mit der gesetzlichen Krankenkasse – Anträge – Vorschriften – Verfahrensgrundsätze – Kosten – Rechtsbehelfe

Diesen VA = Entscheidung der Krankenkasse (kein Hilfsmittel für sie) kann man auf seine **Rechtmäßigkeit** hin überprüfen lassen.

1. formell

Zuständigkeit: sachlich, instanziell, örtlich

Verfahren: Mitwirkung anderer Behörden/Bürger

Form i.w.S.: Form i.e.S., Begründung, Rechtsbehelfbelehrung
Bekanntgabe

2. materiell

* Ermächtigungsgrundlage

Gibt es eine Norm/Vorschrift/Richtlinie auf die die Krankenkasse (KK) ihre Ablehnung stützen kann? Und wurde diese richtig angewendet? War die KK überhaupt ermächtigt diesen VA zu erlassen?

* Richtiger Adressat?

* Allgemeine Rechtmäßigkeitsanforderungen
(Bestimmtheit, Möglichkeit, Verhältnismäßigkeit)

* **Bei Ermessen – keine Ermessensfehler –**

hier oft die größten Probleme:

Entschließungsermessen – ob

Auswahlermessen – wie

Ermessennichtgebrauch

Ermessenüberschreitung

Ermessensfehlgebrauch

* Begründungsmängel

* Sachfremde Erwägungen

* Verwertung falscher Fakten

* Verstoß gegen Art. 3 I GG – Gleichheitssatz : es ist geboten sachlich wesentlich gleiche Fälle gleich zu behandeln und sachlich ungleiche Fälle ungleich zu behandeln. = Erwägungen der KK unvereinbar mit dem Zweck der Ermächtigung oder sonstiger zu beachtender Rechtsnormen.

Das **Sozialrecht** unter das Handeln/Wirken der KK fällt ist ein Sonderfall der Verwaltung bzw. des Verwaltungsrechtsweges.

Die Überprüfung der Rechtmäßigkeit des Handelns bzw. VAs (nein, kein Hilfsmittel) der KK findet also mittels Verwaltungsrechtsweg, hier zum **Sozialgericht** statt:

Verwaltungsrechtsweg: Sozialgericht

Klageart: meist Verpflichtungsklage

Klagebefugnis: der Kläger muss geltend machen durch die Ablehnung oder Unterlassen in seinen Rechten verletzt zu sein.

Vorverfahren: **Widerspruchsverfahren**

Form: schriftlich, Niederschrift

Frist: 1 Monat ab Zustellung des Widerspruchbescheides

Das Gute vorweg: Streitigkeiten vor dem Sozialgericht/Widerspruchsverfahren haben den Vorteil, dass kein Anwaltszwang besteht und man diese **Rechtsbehelfe** (jedes von der Rechtsordnung in einem Verfahren zugelassene Gesuch) selbst vornehmen kann. Man braucht somit keine Kosten für einen Anwalt aufzuwenden und kann auch dann versuchen sich zu wehren, wenn

die Geldmittel ansonsten zu knapp wären. Auch sonst sind die Kosten, die bei einem Sozialgericht auflaufen könnten, nicht so hoch wie bei Zivilstreitigkeiten vor dem Zivilgericht.

Gerichtskosten Sozialgericht: Grundsätzlich werden keine Gerichtskosten vom Kläger verlangt, wenn er Versicherter, Leistungsempfänger und/oder Behinderter ist (§ 183 SGG). Eine Ausnahme von der Gerichtskostenbefreiung kann das Gericht aber machen, wenn der Kläger den Rechtsstreit trotz Hinweis des Gerichts missbräuchlich fortführt, § 192 SGG, z. B. weil der Rechtsstreit weitergeführt wird, obwohl er offensichtlich aussichtslos ist.

Rechtsanwaltskosten: Außergerichtliche Kosten, wie Rechtsanwaltsgebühren, muss jeder Verfahrensbeteiligte grundsätzlich selbst tragen. Das Gericht entscheidet nach Beendigung des Prozesses, ob und in welcher Höhe der Gegner diese Kosten zu tragen hat, § 193 SGG. Prozesskostenhilfe nach der ZPO ist möglich, § 73 a SGG i.V.m. § 114 ZPO. Bedürftige Personen ohne Rechtsschutzversicherung, die nach ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten für einen Rechtsanwalt nicht oder nur zum Teil oder nur in Raten aufbringen können und deren Rechtsverfolgung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint, haben Anspruch auf Gewährung von Prozesskostenhilfe und Beordnung eines Rechtsanwaltes. Vorsicht: Rückforderungsmöglichkeit, wenn sich die wirtschaftlichen Verhältnisse bessern und oft fällt auch ein Selbstbehalt an.
= Daher daran denken bei Obsiegen den Antrag zu stellen, dass die KK die Kosten zu tragen hat.

Nachteilig kann es dann aber sein, wenn man z.B. eine Rechtsschutzversicherung hat. Dort sind i.d.R. die Kosten für das Vorverfahren/Widerspruchsverfahren nicht gedeckt.

Auch die Ansprüche an die richtige Form und zu stellenden Anträgen ist nicht so streng. Selbst wenn der Laie nicht ganz korrekt formuliert, wird durch Auslegung ermittelt, was gemeint ist.

Es ist auch durchaus erlaubt sich durch andere Rechtsbeistände vertreten zu lassen. Das häufigste Beispiel vor dem Sozialgericht und einer Auseinandersetzung mit einer Berufsgenossenschaft ist wohl, dass der Betroffene

einer Gewerkschaft angehört und von dieser vertreten (Vollmacht vorausgesetzt) wird.

Das Widerspruchs- = Vorverfahren

Vor Erhebung der Verpflichtungsklage (KK hat das Hilfsmittel zu genehmigen) ist das Widerspruchsverfahren durchzuführen, wenn der Antrag auf Vornahme des VA abgelehnt worden ist. Dieses ist entbehrlich, wenn über den Antrag ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden worden ist. Die Klage kann nicht vor Ablauf von 3 Monaten seit Antragstellung oder Widerspruchseinlegung erhoben werden.

Widerspruchsfrist

Die Frist zur Erhebung des Widerspruchs beträgt einen Monat ab Bekanntgabe des VA, gegen den sich der Widerspruch richtet.

Zuständige Behörde

Der Widerspruch ist grundsätzlich bei der Ausgangsbehörde einzulegen (= KK), kann aber auch bei der Widerspruchsbehörde erfolgen.

Der Widerspruch ist **schriftlich oder zur Niederschrift** zu erheben

Die schriftliche Widerspruchseinlegung erfolgt durch Abfassung eines Schriftstücks seitens des Widersprechenden oder seines Bevollmächtigten. Regelmäßig ist eine eigenhändige Unterschrift des Widersprechenden oder seines Bevollmächtigten erforderlich.

Einlegung zur Niederschrift bedeutet, dass der Widersprechende in der Behörde seinen Widerspruch mündlich formuliert, woraufhin ein zur Entgegennahme befugter Bediensteter diese Erklärung schriftlich niederlegt. Der Widersprechende muss dieses Schriftstück grundsätzlich unterzeichnen.

Inhalt des Widerspruchsschreibens

Inhaltlich sind nur geringe Anforderungen an ein Widerspruchsschreiben zu stellen. Der Widerspruch muss inhaltlich nicht begründet werden. Das Schreiben muss nicht ausdrücklich als „Widerspruch“ bezeichnet werden. Falsche Bezeichnungen wie „Einspruch“ oder „Beschwerde“ sind unschädlich; es kann sogar jede formale Be-

zeichnung des Schreibens fehlen. Es genügt, dass für die Behörde erkennbar ist,

- * gegen welche Behördenentscheidung sich das Schreiben richtet und
- * dass der Adressat mit der Entscheidung nicht einverstanden ist und eine Überprüfung verlangt.

Soweit der Widerspruch vom Widersprechenden inhaltlich begründet wird, ergibt sich daraus ein Hinweis für die Behörde, welchen Aspekt der Adressat genau rügt. Allerdings darf die Behörde die Überprüfung nicht auf die gerügten Aspekte beschränken und andere, nicht gerügte Fragen außer Acht lassen. Die Behörde muss vielmehr den **gesamten Verwaltungsakt** in allen seinen Bestandteilen auf die **Recht- und Zweckmäßigkeit** hin überprüfen, unabhängig von dem konkreten Vortrag des Widersprechenden. = **Amtsermittlungsgrundsatz**. Der Widerspruch hat daher auch dann Erfolg, wenn der Widersprechende einen Aspekt zu Unrecht gerügt hat, ein

anderer, nicht gerügter Aspekt sich aber gleichwohl als fehlerhaft erweist.

Allerdings möchte ich darauf hinweisen, dass es auch zu einer Verböserung kommen kann, d.h. der Widerspruchsbescheid noch nachteiliger ausfallen könnte wie der ablehnende Bescheid der Ausgangsbehörde. Z.B. Gabi Mustermann bekommt nicht nur nicht den Rollstuhl, sondern die KK streicht auch die CT gesteuerte Spritzenbehandlung beim Bandscheibenvorfall, weil die KK meint, dass Gabi beides nicht braucht.

Da es somit Sinn macht den Widerspruch zu begründen oder auf Fakten hinzuweisen, auf die die KK bisher nicht eingegangen ist, empfehle ich immer Akteneinsicht zu beantragen, um sich so einen Überblick zu verschaffen, was genau die KK gemacht hat und worauf sie ihre Ablehnung stützt, denn wild herum zu argumentieren ist oft nicht effizient – für beide Seiten.

Man erfährt hierdurch die Hintergründe und kann selbst abwägen, ob der Widerspruch evtl. von Erfolg gekrönt

Anzeige



Immer für Sie da



Immer für Sie da!

Ihr Partner Medipro ist Bindeglied zwischen Patient, Arzt, Apotheker und medizinischem Fachpersonal und organisiert so die Versorgung von Patienten im ambulanten Umfeld.

Medipro ist 24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche und 365 Tage im Jahr für Sie da. Medipro ist in folgenden Bereichen tätig:

- Parenterale Ernährung
- Schmerztherapie
- Antibiotikatherapie
- Enterale Ernährung
- Immunglobulintherapie
- Beratung & Schulung
- Service

Medipro ist seit 2006 zertifiziert.



Medipro
Ärztebedarf GmbH
Alois-Senefelder-Straße 2
68167 Mannheim

Tel. 0621 7363454
Fax 0621 7363455
www.medipro-mannheim.de
info@medipro-mannheim.de

sein könnte oder nicht. Evtl. kann man auch Fehlendes mit der Widerspruchsbegründung nachschieben. Z. B. es fehlt ein (er-)klärender Arztbrief oder Befund(-bericht) oder Röntgenbilder usw. wurden vom Arzt irrtümlich nicht beigelegt, etc.

Es empfiehlt sich daher zur Fristwahrung der KK ein Schreiben wie folgt zu schicken:

KK Muster
Mustertstr
00000 Musterstadt

Fax:

Az.: xyz

Datum

Widerspruch gegen den Bescheid vom Datum

Widerspruch

der **Frau Gabi Mustermann**, Muster Str. , 00000 Musterstadt
gegen

den Bescheid der KK Muster vom Datum

• wegen Antrag auf Kostenübernahme von Hilfsmitteln – XXXXXXXXXXX

Gegen oben genannten Bescheid – zugewandt am Datum – erhebe ich in meinem Namen Widerspruch.

Antrag und Begründung kann erst nach vollständiger Akteneinsicht erfolgen.

Es wird daher zunächst Akteneinsicht im Wege der Übersendung der Akten nach hier beantragt.

Die Kosten der Akteneinsichtsgebühr wollen Sie mir bekannt geben. Umgehende Erstattung wird versichert.

Da für den Widerspruch lediglich Schriftform vorgeschrieben ist und Widersprüche grundsätzlich auch per Fax eingereicht werden können, geht Ihnen dieser per Fax zu. -BGHZ 79,316; 87,64.- Sollten Sie dennoch das Original benötigen, so wollen Sie mich bitte darauf hinweisen.

Mit freundlichem Gruß
Gabi Mustermann

Nachdem Gabi Mustermann Widerspruch erhoben hat, genießt sie den **Suspensiv-effekt** = der VA wird nicht formal nach **einem Monat nach Bekanntgabe** bestandskräftig.

Bei der Beantragung eines Hilfsmittels ist dies wohl eher bedeutungslos, es sei denn, Gabi Mustermann hätte z.B. einen Rollstuhl und den müßte sie aufgrund des Bescheids wieder hergeben oder bezieht Krankengeld, das mit dem Bescheid gestrichen wird.

Nach welcher Norm hat nun die KK das Hilfsmittel abgelehnt? Im **Sozialgesetzbuch V** finden wir:

§ 33 SGB V Hilfsmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. ... Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

.....

(5) Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, daß die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

(5a) Eine **vertragsärztliche Verordnung** ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 **nur erforderlich**, soweit **eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten** ist. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben.

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

In unserem Fall gehen wir davon aus, dass es sich um ein erstattungsfähiges Hilfsmittel nach **§ 33 SGB V** handelt.

Gabi Mustermann hat dann einen Anspruch, wenn das Hilfsmittel in ihrem Einzelfall erforderlich ist.

Wer entscheidet nun, was erforderlich ist und was ist erforderlich?

Juristisch betrachtet befinden wir uns nun in dem Bereich der **Normenauslegung** „Was will der Dichter uns hiermit sagen?“

Hierzu gibt es Kommentare (Bücher, die sich mit der Gesetzesauslegung befassen), aber auch bereits ergangene Gerichtsurteile können herangezogen werden. Grds. wirken Urteile nur zwischen den am Rechtsstreit beteiligten Parteien – Einzelfall!! Je höher die Instanz des Gerichts (im Zivilrecht bekannt Amtsgericht – Landgericht – Ober-

landesgericht – Bundesgerichtshof), desto mehr „Signalwirkung“ und Aussagekraft und letztlich Bindungswirkung für andere hat eine Entscheidung. Letztendlich kann sich ein Amtsgericht nicht über den Bundesgerichtshof hinwegsetzen.

Grob könnte man im Fall Hilfsmittel sagen, dass es ja der verordnende Arzt wissen müsste. Indem er dem Patienten ein Kassenrezept ausstellt, bescheinigt er ja quasi, dass das Hilfsmittel erforderlich ist. Trotzdem wird von der KK geprüft. Verschreibt z.B. der Arzt eine Bandage oder Inkontinenzeinlagen wird die Prüfung schneller und wesentlich unkomplizierter gehandhabt werden wie bei teureren Hilfsmitteln oder Hilfsmitteln bei selteneren Erkrankungen oder Therapien. In der Regel geben wir z.B. das Bandagenrezept in der Apotheke ab, die Apothekerin reicht es ein und lässt das Rezept genehmigen. Hiervon bekommen wir oft nichts mit, denn die Genehmigung geht oftmals „über Nacht“ per Fax.

Da die Krankenkassen ja auch gegliedert sind und so etwas wie eine Geschäftsverteilung besteht, wird z.B. geregelt sein, welche Abteilung für Hilfsmittel zuständig ist und welcher Sachbearbeiter für welche Versicherten (z.B. Buchstabenverteilung) zuständig ist.

Ebenso kann es sein, dass eine Regelung besteht, unter welchen Voraussetzungen der Sachbearbeiter alleine über die Gewährung eines Hilfsmittels entscheiden kann – Verwaltungsrichtlinien – z.B. sehr oft vorkommendes Hilfsmittel bei bekannten Erkrankungen und geringen Kosten – Beispiel: Bandage, entscheidet Sachbearbeiter XY alleine.

In unserem Fall trifft aber evtl. auch

§ 275 SGB V Begutachtung und Beratung zu:

(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1.

bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,

.....

(2) Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

1.

die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussheilbehandlung),

....

(3) Die Krankenkassen **können in geeigneten** Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen

1.

vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,

2.

bei Dialysebehandlung, welche Form der ambulanten Dialysebehandlung unter Berücksichtigung des Einzelfalls notwendig und wirtschaftlich ist,

3.

die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen,

4.

ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66).

...

(4) Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst oder andere Gutachterdienste zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, **für Fragen der Qualitätssicherung**, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse. Der Medizinische Dienst führt die Aufgaben nach

§ 116b Absatz 2 durch, wenn der erweiterte Landesausschuss ihn hiermit nach § 116b Absatz 3 Satz 8 ganz oder teilweise beauftragt.

(5) Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

Allein die Krankenkassen entscheiden, ob sie den Medizinischen Dienst einschalten oder nicht. Diese Entscheidung der KK kann in Richtlinien geregelt sein, es kann im Ermessen der KK stehen oder aber es findet wieder eine Auslegung der Normen statt, was z.B. geeignet ist, etc.

Können/kann/soll = Ermessen

Haben/ist verpflichtet/muss = kein Ermessensspielraum

Der medizinische Dienst der Krankenkassen = MDK

Der MDK hat die Aufgabe, die medizinischen und pflegerischen Fragestellungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie deren Landesorganisationen sozialmedizinisch zu beantworten, damit von diesen eine leistungsrechtliche Entscheidung getroffen werden kann. Die Kranken- und Pflegekassen sind **gesetzlich verpflichtet**, den MDK bei **wichtigen Leistungsentscheidungen mit Begutachtungen** zu beauftragen. Eine Vorlage beim MDK durch die Krankenkasse erfolgt, wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder Behinderung erforderlich ist oder die gesetzlichen Bestimmungen des SGB, insbesondere des SGB V, SGB IX und SGB XI eine Begutachtung oder Beratung vorschreiben.

Der MDK soll als sozialmedizinisches Beratungsorgan der Kranken- und Pflegekassen medizinischen Sachverstand in das System einbringen und gleichzeitig sicherstellen, dass alle Versicherten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen bei bestimmten Leistungsfällen medizinisch neutral und nach gleichen Kriterien beurteilt werden (Gleichbehandlungsgrundsatz).

Beratung und Begutachtung bei Hilfsmittelversorgungen

Der Anspruch auf Krankenbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst auch die Versorgung mit Hilfsmitteln (Technische Hilfen für behinderte oder kran-

ke Menschen). Hierzu gehören zum Beispiel Hörgeräte und Brillen, aber auch Prothesen, Stomaartikel oder orthopädische Schuhe. Seit Einführung der Pflegeversicherung haben pflegebedürftige Versicherte auch Anspruch auf Pflegehilfsmittel wie zum Beispiel Pflegebetten oder Hausnotrufgeräte.

Was sind Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel?

Hilfsmittel sind sächliche medizinische Leistungen, die von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden - so lautet die Definition in den Hilfsmittel-Richtlinien. Sie umfassen Gegenstände, die beeinträchtigte Körperfunktionen ersetzen, erleichtern oder ergänzen, z.B. Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke und orthopädische Hilfsmittel. Alle Hilfsmittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden können, werden im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt.

Die Krankenkasse kann die Kosten für ein Hilfsmittel nur übernehmen, wenn der Vertragsarzt es verordnet hat. Im Bereich der Pflegeversicherung ist eine ärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Abgabe eines Pflegehilfsmittels durch die Pflegekasse nicht vorgesehen. Es ist jedoch erforderlich, dass eine Pflegefachkraft oder der MDK die Notwendigkeit des Pflegehilfsmittels feststellt. Bei der Einschätzung des MDK zur medizinischen Notwendigkeit von Hilfsmitteln/Pflegehilfsmitteln sind die Kriterien „Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung und Ausgleich der Behinderung“ einerseits und „Pflegerleichterung, Linderung der Beschwerden oder Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung“ andererseits besonders zu beachten, da dies entscheidend ist für die Zuständigkeit der Krankenversicherung oder der Pflegeversicherung als Leistungsträger. Im Einzelfall ist unter Berücksichtigung medizinischer Kriterien zu entscheiden, ob der Aspekt des Behinderungsausgleiches oder der Pflegeunterstützung überwiegend im Vordergrund steht.

Was begutachtet der MDK?

Nach § 275 Abs. 3 SGB V können Krankenkassen in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist.

Die Beratung und Begutachtung kann sich dabei beziehen auf

- * die medizinische Indikation für die Versorgung,
- * die Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität der

- Verordnung oder der bereits erfolgten Versorgung,
- * die Auswahl eines geeigneten Hilfsmittels,
- * die alternative Versorgung oder alternative Maßnahmen zur Unterstützung bzw. an Stelle einer Hilfsmittelversorgung,
- * die Reparatur oder Änderung,
- * die Frage, ob vorhandene Hilfsmittel weiter benötigt werden,
- * die Übereinstimmung der Verordnung und Lieferung unter Berücksichtigung von Funktionstauglichkeit, Zweckerfüllung und Passform sowie
- * die Notwendigkeit einer Ausbildung zum Gebrauch des Hilfsmittels.

Wie werden die Krankenkassen beraten?

Die Vorauswahl der zu begutachtenden Fälle erfolgt durch die Krankenkasse. Hat sie medizinischen Beratungsbedarf, legt sie die Anträge dem MDK in der sogenannten sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) vor. Kann der MDK im Rahmen dieser Beratung keine abschließende Empfehlung zur Leistungsentscheidung abgeben, wird geklärt, ob eine Begutachtung nach Aktenlage oder mit persönlicher Untersuchung erfolgen soll.

Wann findet eine Begutachtung statt?

Reichen die vorliegenden Befundunterlagen für eine Beurteilung nach Aktenlage nicht aus, wird der Versicherte bei ausreichender Mobilität zu einer persönlichen Untersuchung beim MDK eingeladen. Der Versicherte kann die Arbeit des MDK unterstützen, indem er ärztliche Unterlagen, Röntgenbilder etc. zur Begutachtung mitbringt. Zusammen mit dem Versicherten werden die Schädigungen mit ihren konkreten Beeinträchtigungen der Aktivitäten in seinem Lebensbereich erfasst.

Bei unserem Beispiel Hilfsmittel „Rollstuhl“ wird nicht allein durch die Diagnose „Lähmung“ mit der daraus resultierenden Störung der Aktivität „Gehen“ beeinflusst. Maßgeblich für die Eignung des verordneten Rollstuhls sind vor allem die Aktivitäten des Betroffenen in seinem persönlichen Umfeld im Alltag (Wohnung, Familie) und im Beruf und damit die Beeinträchtigungen seiner Teilhabe am gesellschaftlichen Leben insgesamt.

Ziel der sozialmedizinischen Beratung durch den MDK

ist eine qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung, die die individuellen Umstände des Versicherten berücksichtigt, indem sie eine ausreichende Funktionalität und damit auch entsprechenden Komfort in den Nutzungseigenschaften erfüllt. Gleichzeitig dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu folgen, steht dem nicht entgegen! Nach § 275 Abs.3 SGB V beurteilt der sozialmedizinische Gutachter nicht nur die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit eines verordneten Hilfsmittels, er erfüllt gleichzeitig den gesetzlich formulierten Auftrag, den Versicherten zu beraten.

Der MDK trägt den vielfältigen Aspekten einer sachgerechten Hilfsmittelversorgung dadurch Rechnung, dass er interdisziplinäre Begutachtungsteams aus Sozialmedizinern, Orthopädietechnikern und Pflegefachkräften gebildet hat. Diese streben eine Zusammenarbeit mit den verordnenden Ärzten und den Sanitätshäusern (Leistungserbringern) an.

Da der MDK auch den gesetzlichen Auftrag hat den Versicherten zu beraten, kann man daraus schließen, dass auch der Versicherte hieraus einen Anspruch herleiten kann.

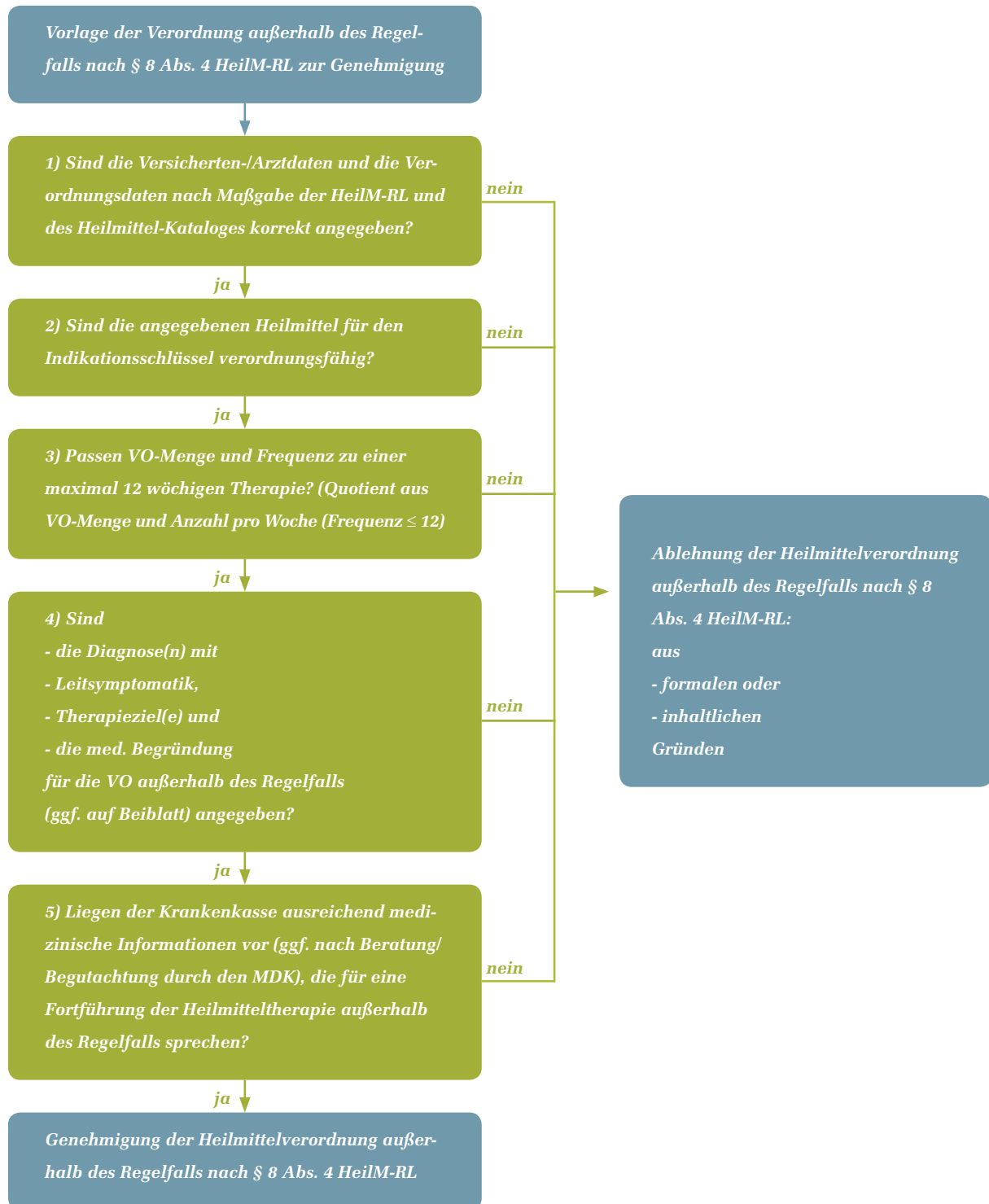
Im Rahmen des Widerspruches kann Gabi Mustermann daher den Antrag stellen, dass der MDK nicht nur nach Aktenlage urteilt, sondern verlangen, dass sie vom MDK gehört, untersucht, etc. wird. Dies könnte z.B. dann nützlich sein, wenn man bei der Akteneinsicht den Eindruck gewonnen hat, dass bestimmte Aspekte nicht oder falsch berücksichtigt wurden und man das gut bei einem persönlichen Kontakt klären könnte.

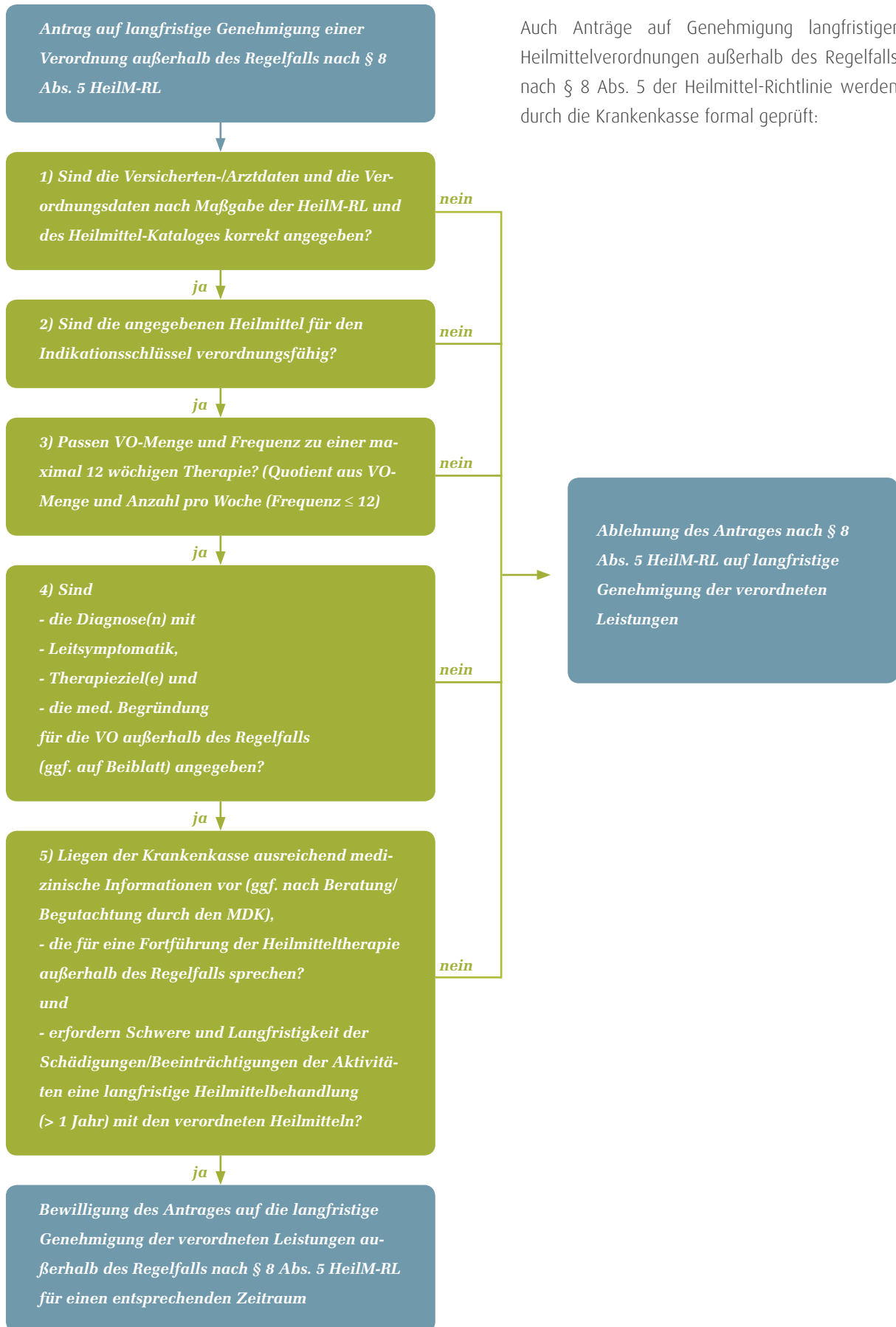
Hier nun ein Auszug aus der **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung** Hilfsmittel-Richtlinie Stand: 21. Dezember 2011/15. März 2012 (**Hilfsmittel-Richtlinie / Hilfsm-RL**) In der Neufassung vom 21. Dezember 2011/15. März 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger am 10. April 2012 (BAnz AT 10.04.2012 B2) in Kraft getreten am 1. April 2012:

Fallbearbeitung, Fallauswahl und Einleitung der sozialmedizinischen Fallberatung durch die Krankenkasse Genehmigungspflichtige Heilmittelverordnungen nach § 8 Abs. 4 HeilM-RL werden durch die Krankenkasse for-

mal (insbesondere Vollständigkeit der Verordnung) geprüft. Sofern ausreichende medizinische Informationen vorliegen, kann auch eine inhaltliche Prüfung durch die Krankenkasse erfolgen.

Zeigen sich in der formalen Prüfung in den Schritten 1) bis 4) Mängel, wird die Genehmigung von der Krankenkasse unter Hinweis auf die Verordnungsmängel abgelehnt und ein entsprechender Bescheid erstellt.





Auch Anträge auf Genehmigung langfristiger Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls nach § 8 Abs. 5 der Heilmittel-Richtlinie werden durch die Krankenkasse formal geprüft:

Die inhaltliche Prüfung (Schritt 5) erfordert ausreichend medizinische Informationen und eine entsprechende fachliche Bewertung.

Fallauswahl und Vorbereitung der Sozialmedizinischen Fallberatung (SFB)

Ergeben sich bei der Bearbeitung in der Krankenkasse beim Schritt 5) medizinische Fragen, kann die Krankenkasse nach formaler Prüfung (Schritte 1 bis 4) den Vorgang für die gemeinsame SFB auswählen. In der SFB sollen möglichst viele Fälle mit einem abschließenden Ergebnis für die Krankenkasse abgeschlossen werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sollten vorrangig solche Fälle ausgewählt werden, die der MDK zum Zeitpunkt der SFB fallabschließend beraten kann. Der MDK benötigt zur fallabschließenden sozialmedizinischen Beratung neben der Auftragsformulierung zusätzliche Informationen. Gemäß § 276 Abs. 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, dem MDK die für die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Für eine effektive Fallauswahl bzw. SFB sollten Daten der Krankenkasse (Leistungszeiträume und Diagnosen) aus den letzten drei Jahren herangezogen werden; dies sind insbesondere: ▫ GdB/GdS/Berufskrankheit/Arbeitsunfall, Versorgungsleiden/Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung nach § 62 SGB V, ▫ frühere Heilmitteltherapien, ▫ Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen, ▫ Vorerkrankungen, ▫ Hilfsmittelversorgungen, ▫ Krankenhausbehandlungen, ▫ Behandlungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Frühförderungen/Heilpädagogik nach SGB IX und ▫ Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (Pflegeversicherung). Dabei können in die Fallauswahl auch Gesichtspunkte des Krankenkassensachbearbeiters einfließen, welche dieser aufgrund persönlicher Kenntnis eines Versicherten oder örtlicher Gegebenheiten hat (z. B. hinsichtlich auffälliger Heilmittelverordnungen bzw. auffälliger Leistungserbringungen). Dies wird dem MDK-Gutachter zur Fallberatung mitgeteilt. Soll eine **SFB** eingeleitet werden, bereitet die Krankenkasse einen **Fallberatungsbogen** vor. Der Fallberatungsbogen sollte die angeführten Daten, soweit sie verfügbar sind, sowie eine Fragestellung enthalten. In Abhängigkeit von regionalen bzw. landesspezifischen Erfordernissen kann der Fallberatungsbogen angepasst

werden. Begründete Aussagen zu ▫ Therapiebedarf ▫ Therapiefähigkeit ▫ Therapieprognose und ▫ Therapieziel können vom MDK nur getroffen werden, wenn die Verordnung außerhalb des Regelfalls ausreichend medizinische Daten enthält. Ggf. lassen sich aus bisherigen Leistungsabrechnungen Rückschlüsse auf die medizinische Notwendigkeit der verordneten Leistungen ziehen.

Sozialmedizinische Fallberatung

Zwischen MDK-Gutachter und dem Mitarbeiter der Krankenkasse wird das weitere Vorgehen bei den vorausgewählten Fällen festgelegt. Fallberatungen zu Heilmittelverordnungen erfolgen: ▫ im persönlichen Kontakt zwischen der Krankenkasse und dem MDK oder ▫ schriftlich (auch per Fax oder E-Mail) unter Beifügung beurteilungsfähiger Unterlagen (u.a. vollständig ausgefüllte Heilmittel-Verordnung, Datenauszüge der Krankenkasse, ggf. weitere ärztliche Berichte) und Darlegung des Begutachtungsanlasses. Die SFB führt – unabhängig vom Wohnort des Versicherten – der für die Krankenkasse örtlich zuständige MDK durch. Die Krankenkasse legt zur Fallberatung einen Fallberatungsbogen vor. Der Fallberatungsbogen sollte die vorbezeichneten Daten sowie eine Fragestellung enthalten. Kommt im weiteren Fallberatungsverfahren der gleiche Vorgang erneut zur Beratung, ist der bereits vorausgegangene Fallberatungsbogen wieder vorzulegen. Die Einholung weiterer Informationen für die SFB ist kein regelhaft einzusetzendes Instrument. Nach § 100 SGB X „Auskunftspflicht des Arztes oder Angehörigen eines anderen Heilberufs“ sind Ärzte oder Angehörige eines anderen Heilberufs verpflichtet, Krankenkassen im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich und gesetzlich zugelassen ist oder der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat. Die Einwilligung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Dies gilt auch für Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Einholung weiterer Informationen kommt nur in Betracht, wenn weitere umfassende gutachtliche Fragen zu klären sind. Möglich sind dann: ▫ Anfragen beim behandelnden Arzt ▫ zur Therapie-/Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose, ▫ zu diagnostischen Ergebnissen, insbesondere zur Eingangs- und Zwischendiagnostik,

▪ zur Mitteilung des Heilmittelerbringers über den Therapieverlauf (sofern vorhanden), ▪ zum ärztlichen Behandlungsplan, ▪ die Einholung von weiteren Befunden bei Fachärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Sozialpädiatrischen Zentren, Frühfördereinrichtungen etc.

Fallabschluss und Ergebnismitteilung im Rahmen der SFB

Bei ausreichenden medizinischen Informationen trifft der MDK eine medizinisch begründete Aussage, die zu dokumentieren ist (z. B. auf dem Fallberatungsbogen). Das Ergebnis der SFB wird der Krankenkasse umgehend zugeleitet. Es soll der Krankenkasse für den jeweiligen Fall eine Entscheidung ermöglichen (fallabschließende SFB). Der MDK gibt ggf. Hinweise zu notwendigen Behandlungsalternativen. Erscheint der Erfolg der Heilmitteltherapie fraglich, ist ggf. zu prüfen, ob der Behandlungserfolg durch andere therapeutische Maßnahmen zu erreichen ist.

Dokumentationsanforderungen der SFB

Das Ergebnis der SFB mit Fallabschluss ist kurz in einer übersichtlichen Form zu dokumentieren und vom Gutachter zu unterzeichnen. Dafür wird folgende Gliederung empfohlen: 1) Frage(n) der Krankenkasse, 2) Informationsbasis des Gutachters/relevante Informationen, 3) sozialmedizinische Empfehlung mit Begründung. Bei der Bewertung in der SFB soll die gutachtliche Stellungnahme je nach Fragestellung insbesondere folgende Merkmale enthalten: ▪ summarisch die Diagnosen und Befunde nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung, ▪ die krankheitsbedingten Schädigungen bzw. auch Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ▪ Beurteilung des verordneten Heilmittels (summarische Angaben zum Therapiebedarf, zur Therapiefähigkeit, zum Therapieziel und zur Therapieprognose), ▪ Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Behandlung mit Heilmitteln.

Fallsteuernde SFB/Einleitung einer Begutachtung

Zeigt sich bei der SFB, dass z.B. nur unzureichende Unterlagen bzw. nicht aussagekräftige Befunde vorliegen, ist der Vorgang an die Krankenkasse zurückzugeben mit Verweis auf die sozialmedizinisch erforderlichen Be-

funde bzw. Daten. Ist trotz ausreichender Unterlagen ausnahmsweise der Fallabschluss mit einer sozialmedizinischen Empfehlung in der SFB nicht möglich, kann eine Begutachtung nach Aktenlage oder mit persönlicher Befunderhebung durch den MDK nötig werden. Die Einleitung einer Begutachtung kann sich im Rahmen der SFB ergeben. Sie beinhaltet die Strukturierung des weiteren Vorgehens bei Fällen, die durch eine Begutachtung beim MDK beurteilt werden sollen.

Gutachten

Kann die Frage der Krankenkasse mit den Mitteln der SFB nicht fallabschließend durch eine gutachtliche Stellungnahme beantwortet werden, wird ein Gutachten nach Aktenlage oder ein Gutachten mit persönlicher Befunderhebung veranlasst. Der Begutachtungsauftrag und Begutachtungsaufwand orientieren sich an der Frage der Krankenkasse, die in der Regel gemeinsam im Rahmen der SFB formuliert werden sollte. Die Entscheidung über die angemessene Art und den Umfang der Begutachtung trifft der MDK. Für die Begutachtung stellt die Krankenkasse den bei der Fallberatung ausgefüllten Fallberatungsbogen mit dem Ergebnis der SFB dem MDK zur Verfügung, sofern eine SFB durchgeführt wurde. Ggf. sind weitere Unterlagen beizufügen. Eine (Schwerpunkt-) Begutachtung durch besonders qualifizierte Gutachter kann bei ▪ psychiatrischen Erkrankungen, ▪ neurologischen Erkrankungen, ▪ HNO-Erkrankungen, ▪ komplexen pädiatrischen Erkrankungen, sinnvoll sein.

Begutachtung nach Aktenlage

Ein sozialmedizinisches Gutachten nach Aktenlage ist möglich, wenn genügend aussagefähige medizinische Informationen vorliegen. Die Begutachtung nach Aktenlage ist ggf. als fachbezogene Begutachtung entsprechend des zu behandelnden Krankheitsbildes vorzusehen. Zur Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage kann der MDK-Gutachter den verordnenden Arzt, den Heilmittelerbringer und/oder den Versicherten auch telefonisch befragen.

Inhalte der Gutachten nach Aktenlage oder mit persönlicher Befunderhebung

Die Inhalte des Gutachtens orientierten an den Vorgaben der HeilM-RL. Dementsprechend ist im Gutachten Bezug zu nehmen auf: ▫ Diagnose(n) – einschließlich der störungsbildabhängigen Diagnostik, ▫ Indikationsschlüssel entsprechend der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) o Diagnosengruppe des Heilmittel-Kataloges, o Leitsymptomatik/Schädigungen der Körperstruktur bzw. Körperfunktion, Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), ▫ Ziel der Heilmitteltherapie, ▫ verordnete(s) Heilmittel, ▫ Anzahl der verordneten Einheiten, ▫ weiterer Behandlungsbedarf, ▫ Prognose der weiteren Behandlung und ▫ ggf. bestehende Zweifel an der Notwendigkeit des verordneten Hausbesuchs und der Einzeltherapie. Je nach Fragestellung der Krankenkasse sind ggf. weitere Sachverhalte zu erörtern.

Gliederungspunkte des Gutachtens

Gliederungspunkte des Gutachtens nach Aktenlage und des Gutachtens mit persönlicher Befunderhebung sind identisch. ▫ **Frage(n) der Krankenkasse** Genaue Wiedergabe aller Fragen. ▫ **Medizinische Unterlagen** Chronologische Auflistung der Informationen unter Angabe der Quelle, die in der aktuellen Begutachtung Verwendung finden. ▫ **Vorgeschichte/Anamnese** Medizinischer Sachverhalt: In der Vorgeschichte/Anamnese erfolgt eine kurze zusammenfassende Darstellung der für die beantragte Heilmitteltherapie relevanten vorgelegten Befundberichte inklusive Therapie. Anzugeben sind insbesondere darin enthaltene Aussagen über die Krankheitsentwicklung/den Krankheitsverlauf, die Intaktheit bzw. Schädigungen relevanter Strukturen und Funktionen sowie über Aktivitäten und deren Beeinträchtigung. Relevante Belastungsfaktoren, persönliche Risikofaktoren und sozialer Kontext sind zu beschreiben.

Rehabilitations- und Rentenverfahren, GdB, GdS

Bereits durchgeführte Rehabilitationsverfahren, festgestellte Leistungsminderung (GdS, GdB), Stand des Antragsverfahrens auf Leistungen zur Teilhabe.

Angaben zum Befund

Bei einer Begutachtung nach Aktenlage ist die entscheidungserhebliche medizinische Befundlage so darzustellen, wie sie sich aus den Unterlagen ergibt. Bei dem Gutachten mit persönlicher Befunderhebung sind entsprechend des notwendigen Untersuchungsumfangs die Beschwerden des Versicherten, relevante Schädigungen der Körperstruktur und -funktion sowie ggf. Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe sowie Motivation bzw. Motivierbarkeit des Versicherten zu dokumentieren. Bei der Untersuchung sind subjektive Beschwerden (z.B. Schmerzintensität) von semiobjektiven (z.B. aktive Bewegungsumfänge) und objektiven (z.B. Muskelumfangsdifferenzen) Befunden zu unterscheiden und zu werten. Auch der Gesamteindruck und das Verhalten in der Begutachtungssituation können, soweit relevant, dargelegt werden. Die Befunde sollten so dargestellt werden, dass sich hieraus ausreichende Angaben zu Therapiebedarf, -ziel, -fähigkeit und -prognose ableiten lassen.

Heilmittel begründende Diagnose/ICD 10-Ziffer

Bezeichnung der Krankheiten, die relevant sind. Die aktuellen Erkrankungen sind nach ihrer Relevanz aufzuführen.

Sozialmedizinische Beurteilung und Feststellungen zu Therapiebedarf, -fähigkeit, -prognose und -ziel

Zusammenfassende und verständliche Darstellung des Ergebnisses der Begutachtung, Abgleich von beantragtem und gutachtlich festgestelltem Therapiebedarf. Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel sind zu berücksichtigen, um eine schlüssige sozialmedizinische Beurteilung als Grundlage für die Entscheidung der Krankenkasse formulieren zu können. Die kassenseitigen Fragestellungen sind konkret und verständlich zu beantworten.

Vorgehen bei Einspruch/Widerspruch

Beim Einspruch oder Widerspruch sind folgende Sachverhalte zu unterscheiden: ▫ Widerspruch des Versicherten gegen die Entscheidung der Krankenkasse,

- Einspruch des Versicherten gegen bevorstehende Entscheidung der Krankenkasse (Anhörungsverfahren),
- Einspruch des behandelnden Arztes gegen die Entscheidung der Krankenkasse,
- Einspruch/Reklamation der Krankenkasse.

Widerspruch des Versicherten gegen einen Bescheid der Krankenkasse

Erhebt der Versicherte Widerspruch gegen den Bescheid der Krankenkasse, der auf der Grundlage einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK getroffen wurde, kann die Krankenkasse dem MDK unter Beifügung einer Kopie des Widerspruchsschreibens einen weiteren Begutachtungsauftrag erteilen. Sollte sich der Widerspruch des Versicherten ausschließlich gegen den Entscheid der Krankenkasse richten (ohne Vorlage neuer medizinischer Befunde), prüft die Krankenkasse, ob ein weiteres Gutachten erstellt werden muss. Richtet sich der Widerspruch des Versicherten gegen die sozialmedizinische Beurteilung, sollte der Widerspruch nach Möglichkeit durch medizinische Unterlagen des behandelnden Arztes näher begründet sein. Ohne neue medizinische Befunde ergibt sich keine neue Beurteilungsgrundlage.

Einspruch des Versicherten gegen eine bevorstehende Entscheidung der Krankenkasse

Richtet sich der Einspruch des Versicherten gegen die sozialmedizinische Beurteilung, sollte auch der Einspruch nach Möglichkeit durch neue medizinische Unterlagen begründet sein.

Einspruch des behandelnden Arztes

Nach den Bundesmantelverträgen (Bundesmantelvertrag Ärzte: § 62 Auskünfte und Gutachten, Bundesmantelvertrag EKV: § 19 Abs. 4 Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst) kann der behandelnde Arzt unter Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse ein Zweitgutachten beantragen, wenn zwischen dem behandelnden Arzt und dem MDK Meinungsverschiedenheiten über eine Leistung, über die der MDK eine Stellungnahme angegeben hat, bestehen. Kann die Krankenkasse die Meinungsverschiedenheiten nicht ausräumen, soll der MDK einen Arzt des Fachgebietes mit der Erstellung eines Zweitgutachtens beauftragen, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt.

Einspruch/Reklamation der Krankenkasse

Bestehen zwischen der Krankenkasse und dem MDK unterschiedliche Auffassungen über Qualität oder Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme oder besteht ein zusätzlicher medizinischer Beurteilungsbedarf der Krankenkasse, so gibt diese das Gutachten unter Darlegung der Gründe und Angabe der noch offenen Fragen an den MDK zurück. Der MDK prüft den Vorgang und nimmt erneut Stellung.

Nach erfolgter Akteneinsicht und Klärung an was der Antrag gescheitert ist muss Gabi Mustermann den Widerspruch begründen und einen bzw. mehrere Anträge stellen. Da dies sich ja nach dem Einzelfall richtet, kann hier nur ein Formulierungsvorschlag wie folgt erfolgen:

KK Muster
Mustertstr
00000 Musterstadt

Fax:

Az.: xyz

Datum

Widerspruch gegen den Bescheid vom Datum

Widerspruch

der **Frau Gabi Mustermann**, Muster Str. , 00000 Musterstadt
gegen

den Bescheid der KK Muster vom Datum

- **wegen Antrag auf Kostenübernahme von Hilfsmitteln – XXXXXXXXXXX**

Ich danke für die Akteneinsicht und sende in der Anlage die Akten zu meiner Entlastung zurück.
Den am Datum eingelegten Widerspruch begründe ich wie folgt:

Ich stelle folgende Anträge:

Mit freundlichem Gruß
Gabi Mustermann

Obwohl der Beitrag sehr umfangreich erscheint, konnten nur gewisse Grundzüge angesprochen werden.

Für weiterführende Informationen empfehle ich:

www.mdk.de

https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/HimiWeb/hmvAnzeigen_input.action

http://www.g-ba.de/downloads/62-492-599/HilfsM-RL_Neufassung_2011-12-21_2012-03-15.pdf

http://www.mds-ev.org/media/pdf/BGA-Heilmittel_2012-06-04.pdf

Von dort stammen auch die im Beitrag verwendeten Auszüge. Sollten Fragen auftauchen oder durch den Beitrag nicht geklärt werden können, so kann über die dsai mit der Verfasserin Kontakt aufgenommen werden.

I. Schiele-Müller, dsai-Mitglied