

Stellungnahme zur Anhörung nach § 24 SGB X

Therapie mit Cannabisarzneimitteln

Absender:in (Name)	Krankenkasse
Anschrift	Anschrift der Krankenkasse
Versichertennummer	Ort, Datum

Datum des Genehmigungs- oder Kostenübernahmebescheids:

Befristung / Laufzeit der Genehmigung (falls angegeben):

Datum des Anhörungsschreibens:

Frist zur Stellungnahme:

Betroffenes Cannabisarzneimittel / Darreichungsform:

Nächste Verordnung oder Abgabe benötigt am:

Stellungnahme zur beabsichtigten Einschränkung oder Aufhebung

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu Ihrem oben bezeichneten Anhörungsschreiben nehme ich innerhalb der gesetzten Frist Stellung.

Ich bitte, von der beabsichtigten Einschränkung oder Aufhebung meiner bisherigen Genehmigung beziehungsweise Kostenübernahme abzusehen. Meine Behandlung mit dem oben genannten Cannabisarzneimittel wird ärztlich verordnet und bislang zulasten Ihrer Krankenkasse durchgeführt.

Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Entscheidung den konkreten Inhalt und die bisherige Reichweite meines Genehmigungsbescheids. Ich bitte insbesondere zu prüfen, welche Rechtswirkung mein konkreter Genehmigungsbescheid weiterhin entfaltet.

Zu den Gründen und Angaben in Ihrem Anhörungsschreiben nehme ich wie folgt Stellung:

Weitere Angaben, die für die Entscheidung wichtig sein können

Inhalt und Reichweite der bestehenden Genehmigung (z. B. ausdrücklich genannte Arzneimittel / Darreichungsformen)	
Bisheriger Therapieverlauf und Bedeutung der Behandlung	
Mögliche Folgen einer Unterbrechung oder kurzfristigen Umstellung	
Medizinisch geeignete und rechtzeitig verfügbare Alternative	
Beigefügte Unterlagen	

Bitte um vorläufige Fortführung und schriftliche Entscheidung

Die nächste Verordnung oder Abgabe wird am oben genannten Datum benötigt. Solange über die angekündigte Einschränkung oder Aufhebung noch nicht entschieden ist, bitte ich darum, meine bisherige Versorgung nicht zu unterbrechen. Bitte teilen Sie mir kurzfristig schriftlich mit, wie Sie meine bestehende Genehmigung bis zu Ihrer Entscheidung behandeln und ob die Kosten bis dahin weiter übernommen werden.

☐ Meine Stellungnahme ist vollständig. Wegen einer drohenden Versorgungslücke bitte ich um unverzügliche Prüfung.

☐ Weitere Unterlagen reiche ich bis zum folgenden Datum nach:

Bitte treffen Sie die abschließende Entscheidung möglichst nicht vor dem genannten Nachreichungstermin.

Falls Sie an der beabsichtigten Einschränkung oder Aufhebung festhalten, bitte ich um einen schriftlichen und begründeten Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung. Bitte nennen Sie darin insbesondere die Rechtsgrundlage, den Umfang und den Zeitpunkt der beabsichtigten Einschränkung oder Aufhebung sowie die Auswirkungen auf meine bestehende Genehmigung oder Kostenübernahme.

Wenn eine Versorgungslücke unmittelbar droht, bitte ich um unverzügliche Bearbeitung und eine kurzfristige schriftliche Mitteilung über den Verfahrensstand.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben