

Stellungnahme zur Anhörung nach § 24 SGB X

Therapie mit Cannabisarzneimitteln

Wichtig: Eine Anhörung nach § 24 SGB X ist noch kein Aufhebungs- oder Änderungsbescheid. Diese Vorlage ist für die Stellungnahme vor einer Entscheidung gedacht. Liegt bereits ein Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung vor, ersetzt dieses Schreiben keinen Widerspruch und wahrt keine Rechtsbehelfsfrist.

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

Datum des Genehmigungs- oder Kostenübernahmebescheids:

Befristung / Laufzeit / Vorbehalt der Genehmigung (falls angegeben):

Datum / Aktenzeichen 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 Wortlaut, die Reichweite und die Fortwirkung meines Genehmigungsbescheids. Bitte prüfen Sie außerdem, auf welcher Rechtsgrundlage und mit welcher Wirkung eine Änderung meines konkreten Bescheids erfolgen soll.

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. Wortlaut, ausdrücklich genannte Arzneimittel / Darreichungsformen, Befristung oder Vorbehalte)	
Bisheriger Therapieverlauf und Bedeutung der Behandlung	
Mögliche Folgen einer Unterbrechung oder kurzfristigen Umstellung	
Medizinisch geeignete und rechtzeitig verfügbare Alternative / bisherige Alternativversuche	
Beigefügte Unterlagen (z. B. Genehmigung, Anhörungsschreiben, aktuelle ärztliche 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 um eine kurzfristige schriftliche Mitteilung, wie Sie meine bestehende Genehmigung bis zu Ihrer Entscheidung behandeln und ob die Kostenübernahme beziehungsweise Versorgung bis dahin fortgeführt wird.

☐ 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, soweit dies mit der erforderlichen zeitnahen Bearbeitung vereinbar ist.

Falls die Krankenkasse an der beabsichtigten Entscheidung festhält

Falls Sie meine bestehende Genehmigung oder Kostenübernahme ganz oder teilweise einschränken, aufheben oder aus Ihrer Sicht auf andere Weise beenden, bitte ich um einen schriftlichen und begründeten Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung. Bitte nennen Sie darin die Rechtsgrundlage, den genauen Umfang und den Zeitpunkt, ab dem die Entscheidung gelten soll, sowie die Auswirkungen auf die übrigen Teile meiner Genehmigung.

Bitte teilen Sie außerdem ausdrücklich mit, ob die sofortige Vollziehung angeordnet wird. Falls dies der Fall ist, bitte ich um die hierfür maßgebliche besondere Begründung.

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