

Roskow, den 22.11.2019

An die
Bundestagsabgeordnete der SPD
und Mitglied des Bundestagsgesundheitsausschusses
Frau

Sehr geehrte Frau,

ich habe nach meiner Kongressanmeldung mit Ärzten, Betroffenen, Therapeuten, Selbsthilfegruppen und Leistungserbringern über diese Veranstaltung gesprochen. In Folge dessen wurde ich gebeten Fragen und Probleme anzusprechen. Daraus resultieren die in der Anlage befindlichen Fallbespiele und auch Forderungen nach Gesetzesänderungen, die wir Ihnen hiermit übergeben.
Wir bitten um konkrete Antworten auf unsere Fragestellungen, Vorschläge und Forderungen.

In Erwartung Ihrer hochgeschätzten Antwort verbleiben wir

mit freundlichen Grüßen

Uwe Klingenstein

Geschäftsführer Uwe Klingenstein
Handelsregister Amtsgericht Potsdam, HRA 26877 P
IK - Nummer 59 120 32 45
Bankverbindung Postbank BLZ 100 100 10 Kto. 271 257 104
IBAN: DE90100100100271257104 BIC: PBNKDEFF100

Anschrift Brandstelle 10a, 14778 Roskow
Tel. (033831) 30722
Fax (033831) 24012
Funk 0176 49 53 10 93
eMail aik60@web.de

Fallbeispiele und

Anregungen zu

Gesetzesergänzungen (rot markiert)

Was macht Versicherten und Ärzten das Leben sonst noch schwer?

Bei bestimmten Verordnungen, z.B. bei Geräten zur Kompressionstherapie, erhalten Krankenhäuser und Ärzte von Krankenkassen wie z.B. der Barmer, serienmäßig Anfragen auf der Grundlage des EBM 1620 (Vergütung 3,68 €) mit sehr kurzer Laufzeit (in der Regel von einer Woche). Die Beantwortung der Fragestellungen ist sehr aufwendig und erfordert oft auch eine Rücksprache mit der/m Betroffenen. Kann der vorgegebene Zeitraum nicht eingehalten werden, lehnen Krankenkassen die Verordnung einfach ab, um die Frist gemäß § 13a des SGB V einhalten zu können.

Ihren Antrag auf ein Mehrkammergerät haben wir erhalten. Leider ist eine abschließende Entscheidung über Ihr Anliegen nicht binnen der gesetzlich vorgegebenen Frist von 3 Wochen möglich, weil noch ergänzende Informationen Ihres Arztes notwendig sind.

Hierzu haben wir diesen angeschrieben.

Wir gehen jedoch davon aus, spätestens bis zum 23.12.2019 entscheiden zu können.

Anbei eine weitere aktuelle Anfrage des MDK Sachsen-Anhalt an das Krankenhaus. Die Ödemerkrankung wurde dort vom 30.08. bis zum 11.09.2019 als Nebendiagnose therapiert. Da die UNI-Klinik diese Anfrage nicht voll umfänglich beantworten kann, wird die Versorgung wahrscheinlich abgelehnt.



Wir bitten Sie um Zusendung der nachfolgend aufgeführten Unterlagen bzw. um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

- Befundbericht
- Angaben zu aktuellen Diagnosen, Diagnostik, Therapie

ein akt. lymphologischer und dermatologischer Befund sowie Angaben zur bisherigen ambulanten Therapie mit Vorlage des Therapieplans und der Therapeutenberichte.

Bitte übersenden Sie Ihre Antwort bis zum **26.11.2019** an die oben genannte Adresse.

Nutzen Sie für den Versand Ihrer Antwort bitte einen Briefumschlag mit Fenster und fügen Sie den Weiterleitungsbogen als erste Seite ein. Die Portokosten können nur so durch den MDK Sachsen-Anhalt getragen werden.

Hinweis für niedergelassene Ärzte: Für die Bearbeitung der Befundanforderung ist die Nummer 40144 EBM abrechnungsfähig. Die Beantwortung weitergehender Fragen können Sie analog EBM Ziffer 01621 abrechnen.

Die Anzahl der Arztpraxen, die sich um Menschen mit Lip-, Lymph- und Phlebödemen sowie Ödemmischformen kümmern, hat in den letzten Jahren speziell im Großraum Berlin immer weiter abgenommen, obwohl die Anzahl der betroffenen Patienten immer weiter steigt.

Ursächlich sind unter anderen folgenden Faktoren:

- hoher Zeitaufwand bei der Beratung der Versicherten (Erstanamnese ca. 45 Minuten)
- im Verhältnis zum Aufwand geringe altersabhängige Vergütung EBM 03000- 04000 13,20 € - 16,00 €, EBM 0340 Zusatzpauschale 15.58 €, EBM 03230 Beratung 9.74 €
- viele notwendige Heilmittelverordnungen und daraus resultierend ständige Regressdrohung von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung
- Durch Reha Anträge, sinnlose Anfragen vom MDK und von Krankenkassen ist der bürokratische Aufwand sehr hoch

Beispiel

Klosterpraxis Kloster- Lehnin

Klosterkirchplatz 10

14797 Kloster Lehnin

Internet: <https://www.klosterpraxis-lehnin.de>

Die Ärztin ist bereits im Rentenalter, würde gern in den Ruhestand gehen, ist aber nicht möglich. Sie findet keinen Praxisnachfolger und sie will ihre 1500 Patienten nicht verlassen. Wenn die Sprechstunde beendet ist, geht ihre Arbeit jedoch weiter, Montag bis Sonntag manchmal 16 h am Tag. Die Bürokratie wird nach Ihrer Aussage immer umfangreicher und Lymphologie wird nicht angemessen vergütet.

Wirtschaftlichkeitsgebot kontra Gesetze und Qualität

Es gibt Krankenkassen, bei denen der Eindruck entsteht, dass bei Versorgungen ihrer Versicherten nicht die Qualität und der Nutzen eine Rolle spielt, es muss lediglich sehr günstig sein. Bezogen auf den MDK SAN und BB, wie auch auf die Mitarbeiter mancher Krankenkassen entsteht der Eindruck, dass diese an der konkreten Einsparung gemessen werden. Bei Geräten der intermittierenden pneumatischen Kompression – IPK gibt es klar formulierte Qualitätskriterien aber diese werden regelmäßig von Krankenkassen unterlaufen.

§ 33 des Hilfsmittelverzeichnisses

Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen.

Das Hilfsmittelverzeichnis weist dazu unter folgende konkrete Kriterien (gekürzt) aus:

- persönliche Beratung durch geschulte Fachkräfte unter Wertung besonderer Belange
- Grundsätzlich werden Geräte verschiedener Hersteller angeboten.
- Die Dokumentation des Beratungsgesprächs
- Die Auswahl der geeigneten Kompressionsmanschetten erfolgt anhand der Körpermaße.
- Anprobe am Versicherten durchführen.
- Auswahl eines individuell geeigneten Hilfsmittels unter Berücksichtigung der Verordnung
- Sachgerechte, persönliche Einweisung in den bestimmungsmäßigen Gebrauch
- Erklärung der Wirkweise von Kompressionsgeräten.
- Hinweise zur Reinigung der Manschetten.

Wie sieht es in der Praxis aus?

Auf Grund einer Anforderung von Arzt und Versicherten erfolgt durch geschultes Personal eine umfassende Beratung und Erprobung bei dem Versicherten. Das Beratungsgespräch wird dokumentiert und ein geeignetes System nach Konsens mit dem behandelnden Facharzt beantragt. Bevor die Beantragung überhaupt erfolgen kann, hat der Fachhändler viele Stunden Arbeit investiert. Wird die große Hürde des MDK genommen, schreiben manche Krankenkassen den Versicherten mit diesen oder ähnlichen Texten an:

Sie haben uns gebeten, die Kosten für ein Mehrkammergerät lymphamat zu übernehmen.

Leider ist eine abschließende Entscheidung über Ihr Anliegen nicht binnen der Ihnen am 10.12.2018 mitgeteilten Frist bis 09.01.2019 möglich, da wir uns zur Beurteilung des eingereichten Kostenvoranschlags eine zweite Meinung eines anderen Leistungserbringers einholen möchten. Aufgrund gesetzlicher Vorgaben ist zur Weitergabe Ihrer Sozialdaten Ihre schriftliche Einwilligung erforderlich.

Senden Sie bitte die von Ihnen unterschriebene Einwilligungserklärung bis zum 10.01.2019 zurück. Einen Freiumschlag haben wir beigelegt. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Unterschreibt der Versicherte in gutem Glauben, erhält der Erstanbieter des Hilfsmittels eine Ablehnung und eine andere Firma die den Versicherten nie gesehen und beraten hat, auf Grund des günstigeren Gegenangebots eine Genehmigung. Wobei diese Vorgehensweise wettbewerbsrechtlich relevant ist. Wer sich die Hauptarbeit erspart und Niedrigpreise macht, muss günstiger sein. Oder anders ausgedrückt, der Ehrliche und Korrekte ist letztlich der Dumme. Geliefert wird im Regelfall auch nicht das erprobte und verordnete Hilfsmittel, sondern das spezielle und oft einzige vom Schnapper. Um Kosten zu sparen schickt Schnapper statt geschulte Fachkräften Briefe durchs Land.

für oben genanntes Gerät und Manschetten haben wir eine schriftliche Genehmigung Ihrer Krankenkasse vorliegen. Leider haben wir Sie telefonisch nicht erreicht.

Wir benötigen von Ihnen folgende Maße:

- der stärkste Umfang des Oberschenkels (oben an der Leiste)
- Hüftumfang
- Brustumfang
- Oberarmumfang
- Armlänge (Fingerspitze bis Achsel)

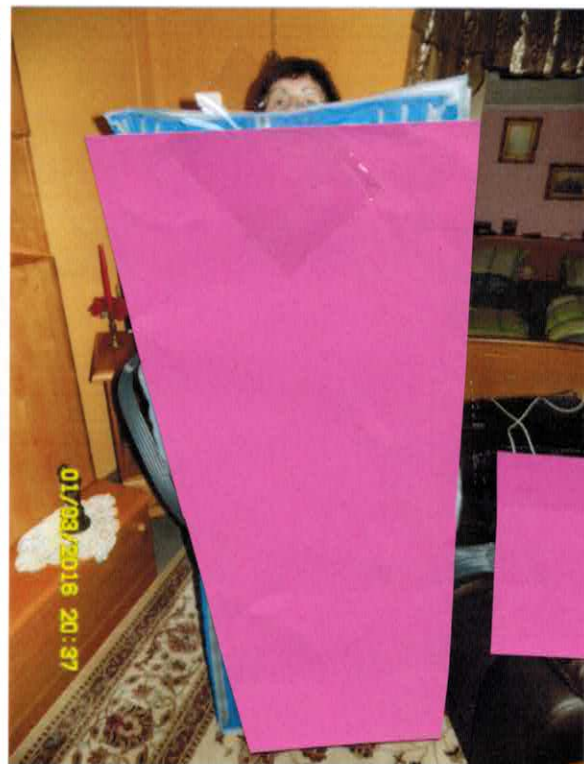
Die Maße nehmen Sie ganz einfach selbst mit einem haushaltsüblichen Maßband mittels loser Messung.

Geliefert wird vom Billiganbieter natürlich mit Paketdienst, die Produkte sind ja selbsterklärend. Ein bisschen mehr Gewinn bei dem großen Aufwand ist nicht schlecht, deswegen werden noch Expander berechnet, aber nicht geliefert.

AU Menge	Menge	ME	Artikel Nr.	Artikelbezeichnung
Neulieferung				
* 1,00	1,00	Stück	Art. Nr. 100005	[REDACTED] G
Neulieferung				
* 2,00	2,00	Stück	Art. Nr. 200375	[REDACTED] verschluss cm, Wade bis 56 cm hette ist doppelwandig. inkl.
Neulieferung				
* 2,00	2,00	Stück	Art. Nr. 200004	[REDACTED]

Die Lieferung erfolgt ausschließlich zu unseren Allgemeinen Geschäftsbedingungen.
Gelieferte Ware bleibt bis zur vollständigen Bezahlung unser Eigentum.

Die Patientin kam mit dem von Paketdienst gelieferten Billigangebot überhaupt nicht zurecht und schickte alles zurück. Hinter der Hose auf dem rechten Bild verbirgt sich eine 76-jährige Frau, auch hier hat der Niedrigpreis zugeschlagen, keine Beratung, keine Vermessung, Lieferung mit Paketdienst.



Die AOK Niedersachsen verhandelt Hilfsmittelverordnungen mittels Otop, Zuschlagskriterium ist zu 100 % der Preis. Fazit: Es muss nicht passen und funktionieren, es muss billig sein, so ist offensichtlich die Denkweise mancher Krankenkassenmitarbeiter. Letztlich entsteht dem Versicherten durch ausbleibende Therapie sowie der Versichertengemeinschaft durch vermeidbar hohe Kosten ein Schaden. Insofern wäre eine Ergänzung des § 12 wünschenswert.

SGB V § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. **Die im Hilfsmittelverzeichnis genannten Qualitätsanforderungen sind bezogen auf die Qualität der Beratung und der Produkte verbindlich, der erbrachte Aufwand muss gewertet werden.**

Recht auf persönliche Anhörung nach Ablehnung der Verordnung

Nur noch eine kostenverursachende Nummer, deswegen möglichst alle Entscheidungen nach Aktenlage, bei manchen Krankenkassen und manchem MDK offenbar mit dem Ziel der Ablehnung. Solche Schreiben werden dem ahnungslosen Versicherten als Gutachten

I89 Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	
weitere Diagnose(n): I10.90 Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	
Pflugesituation: kein Pflegegrad	
Verordnete Hilfsmittel: Kompressionsgerät	
1. Dient das verordnete Hilfsmittel - der Sicherstellung der Krankenbehandlung oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder dem Ausgleich einer Behinderung gemäß SGB V.	nein
- ausschließlich oder weit überwiegend der Erleichterung der Pflege oder der Linderung von Beschwerden oder der Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung gemäß SGB XI.	nein
Antwort des MDK:	
2. Ist das verordnete Hilfsmittel zum Erreichen dieses Zieles notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich?	nein
Antwort des MDK:	
3. Kann auf Alternativversorgungen verwiesen werden?	ja
Antwort des MDK: Intensivierung d. MLD	
Ergebnis: Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung nicht erfüllt	
Versandumfang:	
IKK gesund plus Magdeburg Dipl.-Med. Reisner, - in 14797 Kloster Lehnin, Klosterkirchplatz 10	ohne Befund, ohne Vorgeschichte Nichts

verkauft und das in Serie. Dieser ablehnende Bescheid wurde kurz vor Weihnachten 2017 über drei Versicherte der IKK gesund plus erstellt – im Wesentlichen wortgleich. Ist diese Stellungnahme dem Verfasser unangenehm, sieht der Gutachter darin einen Verstoß gegen die Berufsordnung? Warum sonst wurde sein Name unkenntlich gemacht?

Eine der drei Versicherten hat gleich aufgegeben, die Zweite hat die Krankenkasse gewechselt und die Dritte im Bunde klagt seit über einem Jahr vor dem Sozialgericht. Ihre Verordnung wurde im Übrigen am 15.11.2017 von einer auf Ihr Krankheitsbild spezialisierten Fachärztin (nach vorheriger ausgiebiger körperlicher Untersuchung) ausgestellt.

Bedenken Sie bitte auch, dass Menschen, die sich im Labyrinth des Gesundheitssystems nicht auskennen und sich vielleicht auch schriftlich nicht gut artikulieren können, kaum eine Chance haben. Deshalb würde vielleicht ein zusätzliches Wort helfen.

SGS X § 24 Anhörung Beteiligten

(1) Bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, ist Diesem Gelegenheit zu geben, sich zu den, für die Entscheidung erheblichen Tatsachen **persönlich** zu äußern.

Begutachtung durch den MDK, § 275 und § 277 des SGB V

Das jetzt beschlossene MDK – Gesetz ist längst überfällig und begrüßenswert. Allerdings ändert sich hinsichtlich der Hilfsmittel nichts, so dass davon auszugehen ist, dass die bisherige Gutachterpraxis bezogen auf Hilfsmittel weitergeführt wird.

- Einige Krankenkassen z.B. die AOK SAN und die IKK gesund plus nutzen den im § 275 des SGB V formulierten Spielraum nicht und beauftragen immer den Medizinischen Dienst der Krankenkassen
- Dieser erstellt nach Aktenlage sogenannte Sozialmedizinische Stellungnahmen, diese ähneln Serienbriefen, das Ergebnis „sozialmedizinische Voraussetzungen nicht erfüllt“ steht offensichtlich schon vorher fest.
- Es findet im Regelfall keine Rücksprache mit dem Leistungserbringer, dem verordnenden Arzt bzw. mit der/m Versicherten statt.
- Die behandelnden Ärzte werden nicht über die Ablehnung Ihrer Verordnung und damit ihres Therapiekonzeptes informiert und können damit kurzfristig keine alternative Therapie veranlassen.
- Die/der chronisch kranke Versicherte hat nunmehr einen schier endlosen Hürdenlauf vor sich, den die meisten nicht bewältigen können.

Die Bandbreite der Stellungnahmen/Gutachten ist groß und reicht von handschriftlichen Bemerkungen



Im Falle des Vers. ergeben sich folgende sozialmedizinische Aspekte

- In der Gesamtschau der vorliegenden Unterlagen, in Beachtung der im HMV aufgeführten Indikationen, ist nicht erkennbar, dass im Falle des hier betroffenen Vers. die indikativen Voraussetzungen zur Versorgung mit einem Gerät zur apparativen intermittierenden Kompressionstherapie der Produktart 17.99.01.1 vorliegen.
- Auf der Grundlage der vorliegenden Unterlagen ist die beantragte Versorgung des Vers. mit einem Gerät zur apparativen intermittierenden Kompressionstherapie in der Häuslichkeit medizinisch nicht begründbar.

Sozialmedizinische Stellungnahmen/Ergebnis

Medizinische/sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung nicht erfüllt

bis zum Serienbrief (links). Dem Versicherten konnte folgendes mitgeteilt werden:

„Die Stellungnahme der Gutachterin Dr. med. Vera V. kam mir sehr bekannt vor. Mir wurden bereits seit dem Jahr 2015 von anderen Versicherten solche „Sozialmedizinischen Stellungnahmen“ von der gleichen Autorin übermittelt. „

Unabhängig vom Krankheitsbild der gleiche Text.

Es besteht im Interesse der Versichertengemeinschaft auch deshalb Handlungsbedarf, weil ohne ausreichende Therapie meist eine Verschlechterung des Befundes eintritt und die Kosten damit steigen. Deshalb sollten die § des SGB V 275 bzw. 277 geändert bzw. ergänzt werden.

§ 275 SGB V 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 **persönlich** zu beraten, er hat mit den **orthopädischen Versorgungsstellen (mit dem medizinischen Fachhandel)** zusammen zu arbeiten.

§ 275 (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. **Sie sollten sich über die Tragweite ihrer gutachterlichen Entscheidung bewusst sein und deshalb nur in Fachbereichen aktiv werden für die sie ausreichend qualifiziert sind.**

SGB V § 277 Mitteilungspflichten

(1) Der medizinische Dienst hat dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachterliche Stellungnahme abgegeben hat, und der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und der Krankenkasse die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Dies hat insbesondere dann unmittelbar zu erfolgen, wenn die Notwendigkeit der verordneten Leistung bezweifelt wird und im Ergebnis der Begutachtung eine Leistungsablehnung durch die Krankenkasse wahrscheinlich ist.

Willkürliche Ablehnung von Verordnungen durch Krankenkassen

Es kommt immer häufiger vor, dass fachärztliche Verordnungen von Krankenkassensachbearbeitern ohne plausible Begründung abgelehnt werden.

Auszug aus Ablehnungsschreiben:

Ihren Antrag haben wir geprüft. Die Indikation für eine Versorgung mit einem Kompressionstherapiegerät setzt voraus, dass eine bislang ergebnislose manuelle Therapie unter anderem in Form der regelmäßigen manuellen Lymphdrainage in Verbindung mit der konsequenten Kompressionsbestrumpfung stattgefunden hat. Bislang sind diese Therapieformen nicht ausgeschöpft worden und somit die Voraussetzung für die apparative Therapie nicht gegeben.

Bemerkung: Bei der Versicherten wurde im Jahr 2005 ein Lip- und Lymphödem diagnostiziert. Seither trägt Sie konsequent Kompressionsstrümpfe und nimmt zweimal wöchentlich manuelle Lymphdrainage war. Der Antrag auf ein Kompressionstherapiegerät wurde zum dritten Mal abgelehnt. Der Patientin geht es immer schlechter, sie ist mittlerweile berufsunfähig. Die Antragsunterlagen waren umfassend (49 Seiten) und enthielten auch eine vergleichende Bilddokumentation 2005 und 2019.

Auszug aus Ablehnungsschreiben:

Ihren Antrag haben wir geprüft. Mit den uns vorliegenden Unterlagen ist die Versorgung nicht ausreichend begründet. Wir haben deshalb Ihren Arzt um eine kurze Stellungnahme gebeten. Des Weiteren bitten wir Sie um eine kurze Darstellung, warum aus Ihrer Sicht die bisherige Therapie nicht ausreichend ist. Bitte verstehen Sie, dass wir derzeit die Kosten nicht übernehmen.

Bemerkung: Die Versicherte leidet seit ca. 19 Jahren unter einem Lipödem, später kam noch Lymphödem dazu. Seit drei Jahren trägt die Patientin konsequent Kompressionsstrümpfe und nimmt zweimal wöchentlich manuelle Lymphdrainage war. Die Antragsunterlagen waren umfassend (18 Seiten) und enthielten auch eine Bilddokumentation.

Auszug aus Ablehnungsschreiben:

Ihr Arzt hat am 09.09.2019 ein Hilfsmittel für Sie verordnet. Ihren Antrag haben wir geprüft. Es liegt derzeit noch kein Gutachten vom medizinischen Dienst der Krankenkassen vor. Bitte verstehen Sie, dass wir derzeit die Kosten nicht übernehmen.

Bemerkung: Die Versicherte leidet seit der ersten Schwangerschaft im Jahr 2009 unter einem massiv zunehmenden Lipödem, später kam noch ein Lymphödem dazu. Seit sechs Jahren trägt die Patientin konsequent Kompressionsstrümpfe und seit drei Jahren geht sie zur Lymphdrainage. Die Antragsunterlagen waren umfassend (30 Seiten) und enthielten auch eine Bilddokumentation. Nach monatelangem Widerspruchsverfahren erhielt die Patientin ein Gerät zur Probe, trotz nachweisbar positivem Behandlungsverlauf wurde abgelehnt, offensichtlich um die Frist nach § 13 a einhalten zu können.

Damit greifen Mitarbeiter von Krankenkassen in erheblichen Maßen in die ärztliche Behandlung ein. Arzt und Patient geraten dadurch unter erheblichen Rechtfertigungsdruck, um die medizinisch notwendige Therapie zu realisieren. Einmal abgelehnt, beginnt ein langer schier unendlicher Hürdenlauf, den viele nicht durchhalten. Es besteht der Eindruck, dass Krankenkassen auch ablehnen, um die im § 13 a vorgegebenen gesetzlichen Fristen zu halten. Nutzen Sie ihre Möglichkeiten und stoppen Sie die Willkür.

Geringfügige Änderungen im § 20 des SGB X und des § 13a des SGB V könnten hilfreich sein.

SGB X § 20 Untersuchungsgrundsatz

(1) Die Behörde ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen. Sie bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen; an das Vorbringen und an die Beweisanträge der Beteiligten ist sie nicht gebunden.

(2) Die Behörde hat alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen. **Bei geplantem negativem Bescheid ist dies vor einer Ablehnung mit dem verordnenden Arzt und dem Leistungserbringer zu erörtern.**

SGB V § 13 Kostenerstattung

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. **Eine Ablehnung der beantragten Leistung zur Wahrung der Frist ist nicht statthaft und stellt eine Amtspflichtverletzung dar.**

Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.