

Adresse

Adresse KK

Versichertennummer

Widerspruch gegen die Ablehnung der Mutter-Kind-Kur

Sehr geehrte Damen und Herren, mit dem Bescheid vom _____ haben Sie meinen Antrag auf Durchführung einer stationären Mutter-Kind-Maßnahme abgelehnt. Dagegen erhebe ich hiermit form- und fristgerecht Widerspruch." In der Begründung heißt es „*wir können keine medizinische Notwendigkeit (..) erkennen.*“ Wer beurteilt dies bei Ihnen und anhand welcher Kriterien? Wurden Ärzte des MDK einbezogen? Falls "Ja" bitte ich um Übersendung des Gutachtens. Haben Sie Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt gehalten?

Außerdem begründen Sie, dass „*vorhandene Beschwerden mit Hilfe von ambulanten Maßnahmen behandelt werden können*“. Dazu stelle ich folgendes fest: Der Gesetzgeber hat Maßnahmen der stationären Vorsorge und Rehabilitation für Mütter in eigenständigen Leistungsparagrafen geregelt. Diese sollte die Sonderstellung dieser Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen gegenüber anderen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen herausstellen. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber in § 23 SGBV festgelegt, dass für Versicherte dann Anspruch auf stationäre Leistungen besteht, wenn ambulante ärztliche Behandlung und Vorsorge mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel nicht ausreichend sind. Der Vorbehalt „ambulant vor stationär“ gilt ausdrücklich für § 24 SGB V Vorsorgekuren für Mütter nicht. Dort lautet die Formulierung „die Krankenkasse kann unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen aus medizinischen Gründen erforderlichen Maßnahmen in Form einer Vorsorgekur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erbringen“. Der Gesetzgeber nimmt also ausdrücklich Bezug auf Abs. 1, der ärztlichen Behandlung und Vorsorge mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel vorsieht. Auch den Vorbehalt des Abs. 4, nämlich dass stationäre Leistungen erst dann angemessen sind, wenn Leistungen nach Abs. 1 nicht ausreichen, verzichtet die Systematik vollständig. Erst in Abs. 2 des § 24 wird Bezug auf den § 23 genommen, diesmal um die Dauer der Leistungen, sowie den Wiederholungsintervall anzugleichen. Damit ist eindeutig, dass eine Ausschöpfung ambulanter Maßnahmen am Wohnort nicht nötig ist, um eine Leistung gemäß § 24 SGB V in Anspruch nehmen zu können. Analog gilt diese Argumentation auch für § 41 Müttergenesungskuren, der ausdrücklich Bezug auf die Voraussetzungen des § 27 Satz 1 nimmt. Auch dort ist von einer Ausschöpfung ambulanter Behandlungsmaßnahmen nicht die Rede. Insofern ist der Ablehnungsgrund nicht stichhaltig.

Mein Arzt hat im Antrag deutlich gemacht, dass ambulante Maßnahmen am Wohnort bei mir nicht ausreichen. Wie beurteilen Sie als Krankenkasse, wie viele Verordnungen in welchem Zeitraum medizinisch notwendig sind? Mein Arzt hält einen ganzheitlichen Ansatz, Umgebungswechsel und kompakte Behandlungseinheiten für dringend erforderlich, um eine Verschlimmerung und Chronifizierung zu verhindern. Ich bin gerne bereit, persönlich bei Ihrem medizinischen Dienst vorzusprechen bzw. mich untersuchen zu lassen.

Mit freundlichen Grüßen
