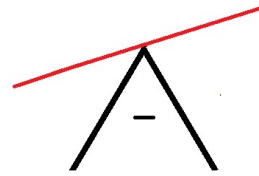


Der **Widerspruch** gegen die Entscheidung
Krankenkasse – Worauf zu achten ist

Inhalt

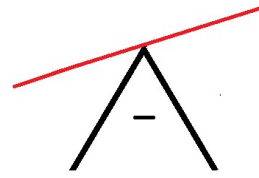
1. Was ist ein Widerspruch
2. Formalien
3. Begründung
 1. Beispiel: Lipödem Stadium 3
 2. Beispiel: Stationäre Liposuktion
 3. Beispiel: Hautstraffung
4. Weiterer Ablauf
5. Ausblick: Widerspruchsbescheid und das Klageverfahren

Was ist ein Widerspruch

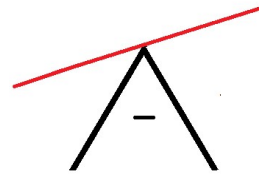


- Was ist ein Widerspruch?
 - Rechtsbehelf gegen behördliche Entscheidungen
 - Wir brauchen also: behördliche Entscheidung
 - „wir lehnen ab“
 - „wir können nicht weiterhelfen“
 - Indiz:
 - Rechtsbehelfsbelehrung
 - „Ihr Antrag vom“
 - Bleibt innerhalb der Behörde
 - Gegensatz: Rechtsbehelf/Rechtsmittel geht an andere Institution, z.B.: Gericht

Formalien

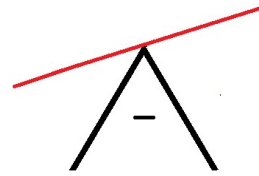


- **Formalien**
 - **Erster Blick: Rechtsbehelfsbelehrung**
 - Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich oder zur Niederschrift unter der bezeichneten Anschrift oder bei jedem anderen Kundencenter der AOK NordWest Widerspruch erheben.



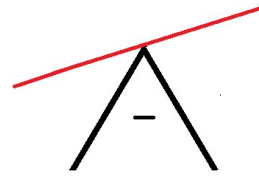
- (Bis) wann?
 - Frist: **innerhalb** 1 Monat nach Bekanntgabe bei Belehrung
 - Bekanntgabe = **Zugang**
 - möglich: mündlich
 - Schriftlich: Briefkasten als Machtbereich Empfänger
 - Egal, wann wahrgenommen
 - Auch bei Urlaubsabwesenheit urlaubsabwesend
 - Faustregel: Bekanntgabe 3 Tage nach Bescheid-Datum
 - Wenn später: Nachweis empfehlenswert (Zeuge? Briefumschlag?)
 - Beispiel: Zugang 02.05.2024 → eigentlich 02.06.2024 aber ist ein Samstag/Sonntag/gesetzlicher Feiertag: der darauffolgende Tag, also 03.06.2024

Formalien

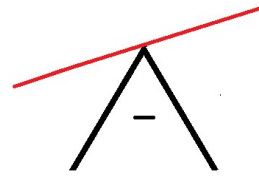


- (Bis) wann?
 - Entscheidend: Zeitpunkt Zugang des Widerspruchs bei Krankenkasse
 - nicht (!) der Poststempel
 - Zugangsnachweis?
 - Kein (!) Einwurfeinschreiben
 - Besser: Übergabeeinschreiben oder Kopie mit Eingangsstempel

Formalien



- **Wie?**
 - Schriftlich (Originalunterschrift!)
 - Zur Niederschrift bei der Stelle, die den Bescheid erlassen hat
 - Per Fax (vorab) mit Unterschrift
 - Per E-Mail aber nur mit qualifizierter elektronischer Signatur!



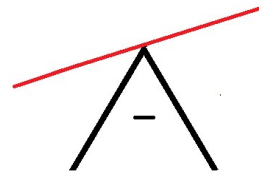
- **Zuordnung / Eingangsformulierung**
 - Aufnahme Aktenzeichen / Versichertennummer
 - Betreffzeile: „Ihre Entscheidung vom XX.XX.2024“
 - Datum
 - Beispiel

Betreff: Versichertennummer A1234567 - Ihr Bescheid vom XX.XX.XXXX

Sehr geehrte Damen und Herren,

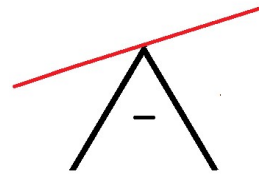
gegen Ihren Bescheid vom XX.XX.XXXX lege ich hiermit Widerspruch ein.

Begründung:



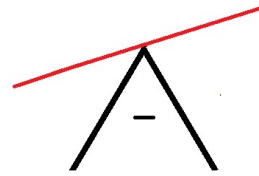
- **Begründungseinleitung:**
 - Kurze Aufnahme, was beantragt wurde und warum
 - Um welche Erkrankung geht es
 - Wie sehen die Einschränkungen durch die Erkrankung aus
 - im Privatleben
 - im Berufsleben
 - im Sozialleben
 - Wenn für die Erkrankung ein hoher Grad der Behinderung (GdB mehr als 20, besser mindestens 30) festgestellt wurde: darauf hinweisen!

Begründung



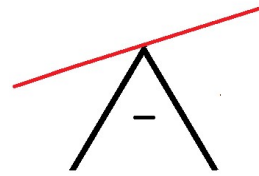
- **Voraussetzungen des Leistungsanspruchs**
 - Darstellung kann nicht im Detail verlangt werden
 - Theoretisch gar keine Begründung notwendig
 - Juristische „Schachtelprüfung“
 - Alle Voraussetzungen müssen gleichzeitig erfüllt sein

Begründung – Stadium 3



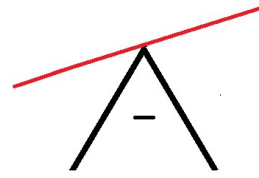
- *Ich leide unter einem Lipödem Stadium 3 mit gesicherter **Diagnose** Lipödem*
- *Ärztlich wurden groß-lappig überhängende Gewebeanteile von Haut festgestellt*
- *Bei kleinsten Berührungen habe ich Druck- und Berührungsschmerz*
- *Das hat mein Lymphologe / Arzt / Dermatologe bereits festgestellt, siehe **beigefügter** Arztbericht vom XX.XX.XXXX*

Begründung – Stadium 3



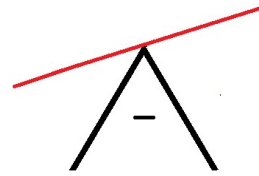
- *Erfolglose konservative Therapie habe ich ausgeschöpft*
- *Wie Sie wissen, erhalte ich bereits seit XX Monaten Lymphdrainagen*
- *Diese wurde von Ihnen bewilligt*
- *Ich habe die letzten XX Monate von Ihnen X Bewilligungen für Kompressionswäsche erhalten*

Begründung – Stadium 3



- *Ich bin XXX cm groß und wiege XX kg*
- *Mein **BMI***
 - *Liegt bei unter 35*
 - *Liegt bei 35 – 40 und ich habe bereits eine Adipositasbehandlung durchgeführt*
 - *Liegt bei über 40 und mein Arzt meint, dass ich trotzdem unbedingt behandelt werden muss. Die Adipositas steht der Liposuktion nicht entgegen und hat eine positive therapeutische Auswirkung*
 - *siehe Arztbericht vom XX.XX.XXXX*

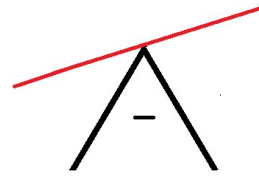
Begründung – Stationäre Lip.



Ich benötige eine stationäre Liposuktion als Potentialleistung:

- 1. Durch mein Lipödem leide ich unter einer **schwerwiegenden**, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung. Ich habe durch das Lipödem folgende Einschränkungen: [...]*
- 2. Konservative Therapie habe ich ausgeschöpft (**siehe oben**)*
- 3. Laut meinen Ärzten hat die Liposuktion in meinem Einzelfall das **Potential** als Behandlungsalternative, siehe beigefügter Arztbericht vom XX.XX.XXXX*

Begründung – Stationäre Lip.

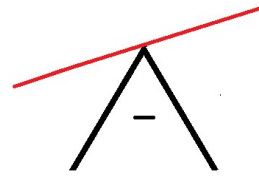


4. Stationäre Erforderlichkeit

*In meinem Fall kann die Liposuktion **NUR stationär** durchgeführt werden, weil*

- Ich leide unter folgenden Zusatzerkrankungen: [...]*
- Ich bin Risikopatient, weil [...]*
- Deshalb ist es nach Einschätzung meiner Ärzte zu riskant, dass ich ambulant behandelt werde. Sie schließen eine ambulante Behandlung aus, siehe Arztbericht vom XX.XX.XXXX*

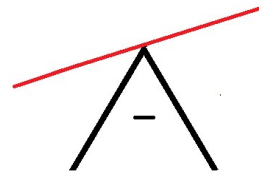
Begründung – Stationäre Lip.



5. Zugelassenes Krankenhaus / Hochschulklinik

*Die stationäre Behandlung wird in einem zugelassenen Krankenhaus / einer Hochschulklinik begehrt. In welchem Hause genau, ist mir nicht wichtig. Bislang war ich im Krankenhaus XXX vorstellig. Dort hatte ich einen guten Eindruck der Ärzte. Ich bin aber **nicht festgelegt** und bin auch offen dafür, wenn Sie mir einen anderen Leistungserbringer vorschlagen können.*

Begründung – Hautstraffung



Ich leide unter überhängenden Fettschürzen an den Körperbereichen XXX

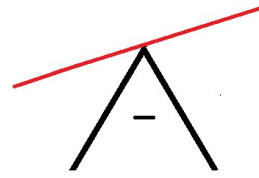
Dadurch habe ich folgende körperliche Fehlfunktionen:

- *rezidivierende Entzündungen*
- *Pilzbefall*
- *Hautirritationen*

Ich habe eine dermatologische Behandlung über XX Monate ausgeschöpft, siehe beigefügter Bericht. Die Fehlfunktionen kehren trotzdem immer wieder zurück.

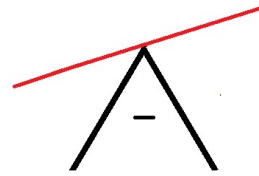
Nur die Straffung ist zur dauerhaften Behandlung der Ekzeme geeignet.

Begründungsabschluss



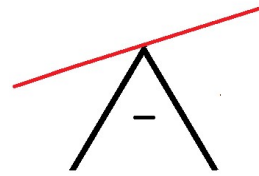
- Name und **Originalunterschrift!**
- Keine Kopie oder digitale Unterschrift
- Widerspruchsführer muss erkennbar sein
- Im Zweifel unter die (volle Unterschrift) den Namen zusätzlich in Druckbuchstaben schreiben

Weiterer Ablauf



- Zeit der Krankenkasse für Ursprungsantrag selbst: 6 Monate
- Für die Entscheidung des Widerspruchs: 3 Monate, wenn keine Besonderheiten
- Wenn keine Reaktion: Untätigkeitsklage androhen, wenn drei Monate um sind

Widerspruchsbescheid / Klage



- Ziel des Widerspruchs: der Widerspruchsbescheid
- Viele Ähnlichkeiten zum Ursprungsbescheid
- Frist: 1 Monat für Klage, wenn Rechtsmittelbelehrung
- Form: schriftlich / zur Niederschrift beim Sozialgericht
- Benennen, welcher (Ablehnungsbescheid) aufgehoben werden soll und was von der Krankenkasse gewünscht ist (Leistungsbescheid)
- Klage sollte Parteien bezeichnen
- Jedenfalls den angegriffenen Bescheid
- Kein Anwaltszwang (weder Sozialgericht noch Landessozialgericht)

Rechtsanwaltskanzlei

 Abdel-Hamid

Vielen **Dank** für Ihre Aufmerksamkeit!