

Vom BVL e.V. für Sie zusammengestellt:

Informationen zum

Ablauf des Antrag-Prüfverfahrens bei Krankenversicherungen

- I. - Gesetzliche Krankenversicherung
- II. Klageweg beim Sozialgericht nach einem negativen Widerspruchsbescheid
- III. - Private Krankenversicherung
- IV. „Ärzte im Dienste der Krankenkassen“

Hinweis: Unsere Angaben erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sollen auf keinen Fall ein Ersatz für eine juristische Beratung sein. Die Verfasser führen hierin Erfahrungsberichte Betroffener und Erläuterungen von Fachleuten zusammen,

Mai 2007 - Eva Bimler, 1. Vorsitzende BVL e.V., Giessen

Sinnvoll für jede/n: Persönliche Aufzeichnungen über Ihre körperlichen Beschwerden, Einschränkungen, (also eine Art „Patiententagebuch“), Fotos zur Verlaufsdokumentation, Arztbriefe, Umfangsmessungen und ähnliches sollten Sie selber anlegen/sammeln. Diese können Sie ggf. zur Untermauerung Ihres Antrages bzw. Widerspruchs mit beilegen. Besprechen Sie sich in Ruhe mit Ihren betreuenden Fachleuten (Ärzte, Therapeuten, Bandagisten etc.) und in Ihrer Selbsthilfegruppe.

I. Gesetzliche Krankenversicherung (GK)

1. Reicht ein gesetzlich Versicherter einen Antrag (z.B. auf Kostenübernahme für einen stat. Aufenthalt) ein, kann dieser dem **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (s. IV)** weitergeleitet werden. Dort wird der Vorgang einem fachkompetenten Arzt zur Begutachtung zugeteilt – die Krankenkasse hat auf die Arztauswahl beim MDK keinen Einfluss. Die Begutachtung erfolgt normalerweise per Aktenlage (+ eventuell persönlicher Einbestellung des Versicherten).

2. Es erfolgt ein schriftlicher Bescheid durch die Krankenkasse:

⇒ Entweder Genehmigung des Antrages
oder
eine **Ablehnung**.

3. Bei Ablehnung ist ein schriftlicher Widerspruch durch den Versicherten innerhalb einer **Frist von einem Monat** nötig – dieser kann auch (persönlich/mündlich) zur Niederschrift bei der Krankenkasse erfolgen. Neue Befunde/Stellungnahmen durch die behandelnden Ärzte, Therapeuten, etc. + ggf. Ihre persönl. Unterlagen (s.o.) können/sollten beigelegt werden! Für den Widerspruch bei der Krankenkasse werden keine Gebühren erhoben.

Sollte hierzu ein Anwalt beauftragt werden / hinzugezogen werden, fallen seine Kosten an. Klar, zunächst zu Lasten des „Auftraggebers“. Hinweis diesbezüglich für „Geringverdiener“: Es gibt die Möglichkeit der Beratungshilfe, die beim jeweiligen Amtsgericht am Wohnort zu beantragen ist. Man bekommt einen Beratungshilfeschein ausgehändigt. Diesen erhält der beauftragte Anwalt, der seine Kosten vom Amtsgericht erstattet bekommt. Der Ratsuchende selber zahlt in dem Fall an den Anwalt 10,- €.

Wenn der Widerspruch erfolgreich ist, hat die Krankenkasse die gesamten Anwaltskosten zu tragen.

Sollten Sie ggf. ein ärztliches „Gutachten“ in Auftrag geben, so ist dieses von Ihnen zu bezahlen.

PS: Für ein fundiertes reguläres Gutachten hat man bei einem Stundensatz von rund 80.- Euro schnell mit mehreren hundert Euro zu rechnen (s. auch II).

Der Widerspruch wird dem selben MDK-Arzt (oder Vertretung) vorgelegt. Der prüft, ob neue Aspekte dabei sind (lässt normalerweise noch eine/n Kollegin/en mit drüber schauen):

⇒ Schriftliche Genehmigung des Antrages durch die Krankenkasse
oder
es wird mitgeteilt, dass **es bei der Ablehnung bleibt**.

Der Versicherte ist in dem Fall aufzufordern, ob er seinen Widerspruch aufrecht erhalten will (ja oder nein). Ggf. wird ein Fragebogen mitgeschickt - **dieser Vorgang wird „Anhörung“ genannt** – der unterschrieben an die Krankenkasse zurück zu schicken ist:

Wird „Nein“ angekreuzt – ist die Ablehnung der Krankenkasse vom Versicherten akzeptiert!

Wird „Ja“ vom Versicherten angekreuzt – leitet die Krankenkasse den Vorgang an den **neutralen Widerspruchsausschuss** weiter. Darin sind gewählte Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber. D.h. wenn man mit der Entscheidung der Kasse nicht einverstanden ist, ist es auf jeden Fall sinnvoll dies kurz + schriftlich mitzuteilen. Sind event. neue ärztl. Befunde, o.ä. wie o.g. vorhanden, kann dieses wieder beigelegt werden.

4. Nun entscheiden die Mitglieder des neutralen Widerspruchsausschusses (zu beachten: diese sind keine Ärzte) endgültig über den Leistungsantrag. Anschließend wird ein entsprechender Widerspruchsbescheid erstellt und an den Versicherten geschickt.

⇒ Positiver Widerspruchsbescheid – der Versicherte bekommt seinen Antrag genehmigt
oder
negativer Widerspruchsbescheid – d.h. endgültige Ablehnung.

In letzterem Fall: Der Versicherte wird in dem Schreiben darüber informiert, dass für ihn noch der Weg einer **Klage beim Sozialgericht** offen ist. Auch hier muss **zwingend wieder die Frist von einem Monat** eingehalten werden.

Klageverfahren vor dem Sozialgericht sind für den Versicherten in der Regel kostenfrei. Anwaltszwang besteht nicht. - Siehe dazu aber noch die folgenden Seiten!!!

Der geschilderte Verfahrensweg – 1. Antrag, 2. Bescheid, 3. Widerspruch, 4. Widerspruchsbescheid - **muss von Rechts wegen eingehalten werden**. Eine Klage vorher einzureichen ist ein Formfehler.

Falls Sie unsicher sind in welchem Teil des Verfahrens Ihr Antrag gerade steckt:

In den Briefen der Kasse bezüglich Ihres Antrages müssen die o.g. Begriffe genannt werden oder fragen Sie bei dem Sachbearbeiter explizit nach. Vermerken Sie sich bei der Gelegenheit auch wie lang noch die jeweilige Frist läuft - s. auch bei „Ergänzungen“.

Ergänzungen:

Dieser allgemeine Verfahrensweg (1.-4.) gilt im Sozialrecht überall dort, wo eine Leistung beantragt und diese durch einen Verwaltungsakt genehmigt wird, also bei den gesetzlichen Krankenkassen, Rente, Schwerbehinderung, Arbeitsamt u.a.

Eine Klage ist allerdings bereits während eines noch laufenden Antrag-Verfahrens möglich: Überschreitet z.B. eine Kasse ihre Bearbeitungsfristen, dann kann eine „**Untätigkeitsklage**“ vom Versicherten der Kasse gegenüber angedroht werden bzw. er eine solche auch beim Sozialgericht einreichen. Das Gericht entscheidet dabei aber nicht über den Antrag, sondern nur ob die verzögerte Bearbeitung rechtmäßig ist oder nicht!

Es gelten genaue Bearbeitungsfristen für die Anträge (Angaben ohne Gewähr):

- für die GK: 6 Monate ab Antrag und 3 Monate ab Widerspruch
- für Versicherte: auf dem Bescheid und dem Widerspruchsbescheid stehen die Rechtsmittelfristen für den Versicherten (1 Monat, ohne Belehrung 1 Jahr)

Bei Reha-Anträgen bestehen für die Bearbeitungsfristen von Seiten der gesetzlichen Träger allerdings deutlich kürzer Zeiten (wenige Wochen!). **Von Rechts wegen gilt nämlich der Satz: "Reha duldet keinen Aufschub".**

Bei Fristüberschreitung (kann z.B. auf Grund einer Zuständigkeitsklärung für die Kosten zwischen Krankenkasse und Rententräger vorkommen) wäre zumindest bei Gericht ein Antrag auf eine einstweilige Anordnung möglich.

Um solch eine Situation aber zu vermeiden, existieren "gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger". Sie sind in jeder Stadt / Region jeweils bei einer der Krankenkassen (AOK, Barmer etc.) oder einem der Rententräger (BfA, LVA etc.) angesiedelt. Ihre Aufgabe ist es: Vorläufig und dann auch endgültig zu klären, wer der Kostenträger für eine Maßnahme ist. Auch Sie als Versicherter können sich dort frühzeitig (z.B. schon vor Antrag) beraten lassen!

- Wie findet man diese zuständige Servicestelle?

Rufen Sie am Besten bei einer bei Ihnen vor Ort ansässigen Institution an, die Reha-Träger ist (also eine der GKs oder einen der Rententräger) und fragen nach. Oder per Internetsuche: Geben Sie die Stichworte "Servicestelle" und "Rehabilitation" ein und Ihre jeweilige Region oder Stadt.

II. Klageweg beim Sozialgericht:

Ist letztlich ein negativer Widerspruchsbescheid erfolgt, steht jedem gesetzlich Versicherten die Möglichkeit frei zu klagen:

Man wende sich persönlich ans örtliche Sozialgericht. Da beim Sozialrecht kein Anwaltszwang besteht, wird eine Klage vom zuständigen Rechtspfleger direkt aufgenommen (es entstehen dem Kläger dafür keine Kosten!). Er wird auch darüber informieren was im speziellen Fall möglich ist. Z.B. die Kombination aus Anfechtungs- und Verpflichtungsklage: d.h. mit der Anfechtung des ablehnenden Bescheids kann das Leistungsbegehren unmittelbar verknüpft werden.

Oder man wende sich an einen Anwalt, zu dessen Schwerpunkten das Sozialrecht zählt. Hierbei sollte der auf Sie zukommende Kostenumfang (falls die Klage verloren wird) und eine Kostenübernahme z.B. durch persönliche Rechtsschutzversicherung, Gewerkschaft, über einen Sozial Verein oder auch staatliche Prozessbeihilfe abgeklärt werden.

Die außergerichtlichen Gebühren für den Anwalt sind mittlerweile frei aushandelbar. Daher sollte vorab geklärt werden, ob lediglich eine Beratung vorgenommen werden soll oder

sogleich der Klageweg beschränkt werden soll, denn die Anwaltsgebühren für ein Sozialgerichtsverfahren sind zwar bundeseinheitlich festgesetzt (Rechtsanwaltsvergütungsgesetz = RVG), doch auch hier gibt es einen gewissen Rahmen und Spielraum. Der Anwalt formuliert die Klage und reicht sie sodann bei Gericht ein. Gegebenenfalls wird er Akteneinsicht beantragen. Dann bekommt er die Verwaltungsakte und kann besser erkennen, worauf die Gegenseite ihre Ablehnung stützt und hat somit die Möglichkeit eventuell dagegen vorzugehen. Im Verfahren wird er z.B. auf Unklarheiten/Widersprüche im Fall vor Gericht aufmerksam machen. Daraus kann sich z.B. eine nötige ärztliche Begutachtung ergeben.

Ärztliche Gutachten im Rahmen der Klage: Bestehen für das Sozialgericht Unklarheiten und es fordert daraufhin ärztliche Gutachten ein, werden die anfallenden Kosten vom Staat getragen, auch wenn der Prozess vom Kläger verloren wird.

Falls das Gericht von sich aus kein Gutachten einholt, wird dem Kläger die Möglichkeit gegeben auf eigene Kosten ein Gutachten erstellen zu lassen. Dieses ist aber vom Gericht an zu ordnen. Damit ist es kein, auch sogenanntes, „Parteigutachten“, sondern ebenfalls ein Gerichtsgutachten, das für das Urteil verwertbar ist. Die Rechtsschutzversicherung übernimmt hierfür normalerweise die Kosten. Dies sollte aber vorher abgeklärt werden. Bei der Auswahl des Arztes hat man in solch einem Fall als Kläger „freie Hand“.

Es ist somit auf jeden Fall sinnvoll, eine Liste fachlich geeigneter Ärzte für event. Gutachten zusammen zu stellen. Zu beachten ist: Gutachter sollen einen Fall unabhängig beurteilen können, es sollten z.B. keine verwandtschaftlichen Beziehungen oder ein Arzt-Patienten Verhältnis bestehen.

Wichtig vor einer Klage ist in unseren Augen vor allem:

1. Sich vorab beim Sozialgericht über den Ablauf, einzuhaltende Fristen und wichtige Termine zu erkundigen. Sprechen Sie hierbei auch den groben Zeitrahmen des Verfahrens an. Bedenken Sie weitere für Sie anfallende zeitliche und finanziellen Aufwendungen (u.a. auch die Anzahl der Gerichtstermine, nötiger Briefverkehr, Porto, Telefonate, Fahrtkosten, Beschaffung ärztlicher Unterlagen, Kopien)!
2. Klären Sie definitiv: Was wird von wem übernommen (Kosten, Aufgaben etc.)?! Ordnen und vervollständigen Sie Ihre Unterlagen: Korrespondenz mit der Kasse, mit weiteren Institutionen, medizinische Unterlagen, Fotos, eigener Verlaufsbericht Ihrer Erkrankung / Situation! etc..
3. Über Ihren Klagegrund und event. Alternativen zu einer Klage sollten Sie mit erfahrenen unabhängigen Personen in Ruhe gesprochen haben. Was ist auch im Weiteren zu tun, damit in Zukunft nicht wieder eine ähnliche Situation entsteht? Es gilt in unserem Gesundheitssystem: „ambulante Versorgung geht vor stationäre Betreuung“ – angesichts der angespannten Finanzlage des Gesundheitssystems wird dies zunehmend die Entscheidungen beherrschen.
Eine kostenlose juristische Erstberatung bieten manche Sozialvereine an. Notieren Sie sich immer Hinweise und Argumente genau. Auch Erfahrungsberichte von Betroffenen in Sachen Sozialgerichtsverfahren können für den allgemeinen Ablauf aufschlussreich sein - inhaltlich ist aber Ihr Fall höchstwahrscheinlich anders und wird wohl auch anders beurteilt werden.

Haben Sie alle Punkte in Ruhe bedacht?

Entscheiden Sie nun über Ihr weiteres Vorgehen!

III. Private Krankenversicherung (PK)

Achtung - Für private Krankenkassen gilt im Gegensatz zu den Punkten I und II die Zivilprozessordnung. Es handelt sich um eine Krankenkostenvollversicherung. Für stationäre Aufenthalte, Kuren und Rehabilitationen gelten die jeweils in der Versicherungspolice festgelegten Vereinbarungen. Hier gibt es kein Widerspruchsverfahren. Bei einer endgültigen Ablehnung muss innerhalb von sechs Monaten vor dem Zivilgericht geklagt werden.

IV. „Ärzte im Dienste der Krankenkassen“

Zum Aufgabenspektrum der **Medizinischen Dienste der Krankenkassen** (MDK) gehören, laut Eigendarstellung, (Literaturstelle) an sich weniger Kontrollfunktion(en), vielmehr Begutachtungs- und Beratungsfunktionen für die GKs. Der MDK soll sie bei „schwierigen medizinischen Sachverhalten mit fachlichem Rat unterstützen, um ihnen an medizinischen Prioritäten ausgerichtete Entscheidungen zu ermöglichen“. Die dort tätigen Ärzte überprüfen im Auftrag der unterschiedlichen Kassen z.B. die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, aber auch die Arbeitsfähigkeit u. a. m. - **Für die PKs wurde ein entsprechender ärztlicher Dienst aufgebaut.**

Neuerungen diesbezüglich im Gesetzlichen Gesundheitssystem seit 01.04.07:

Bei Erstanträgen für sämtliche Reha-Leistungen der GKs hat der MDK diese - nur noch - stichprobenartig zu prüfen, regelhaft allerdings bei Verlängerung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz). Damit soll ein wirksamer Beitrag zum Bürokratieabbau erfolgen - übermäßige Prüfungen, wie sie in den letzten Jahren im Zeichen der „Kostendämpfung“ Einzug gehalten hatten, sollen verhindert werden.

Für die Seite der Antragsteller, d.h. Versicherte + behandelnde Ärztengilt: Eine Rehabilitation dürfen nur noch die Vertragsärzte verordnen, die eine spezielle Qualifikation vorweisen können (s. neue Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses).

Weiterführende Artikel: s. Deutsches Ärzteblatt: grundsätzlich Stärkung des Rehabilitations-Gedankens, Wahlmöglichkeit der Einrichtung etc.

**Angaben erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Richtigkeit.
Sie stellen auch keinen Ersatz für eine juristische Beratung dar.**

Verantwortlich:

Bundesverband Lymphselbsthilfe e.V.
Wilhelmstr. 12

35392 Giessen

www.Bundesverband-Lymphselbsthilfe.de