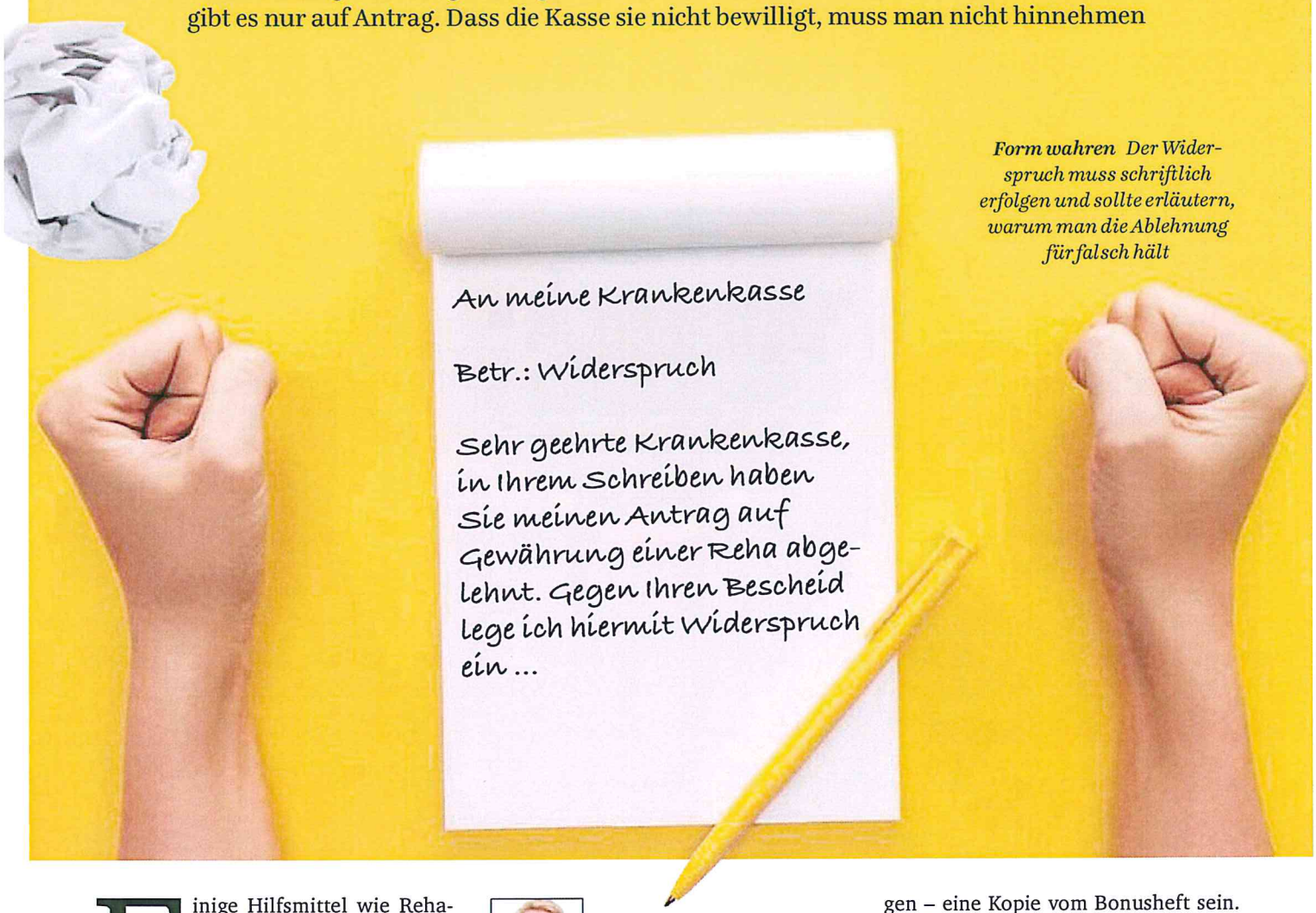
Widerspruch: jetzt aber richtig

ANSPRUCH Einige Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen wie Kuren oder Hilfsmittel gibt es nur auf Antrag. Dass die Kasse sie nicht bewilligt, muss man nicht hinnehmen



Form wahren *Der Widerspruch muss schriftlich erfolgen und sollte erläutern, warum man die Ablehnung für falsch hält*

FOTOS: SHUTTERSTOCK, THINKSTOCK

Einige Hilfsmittel wie Rehamaßnahmen, Hörgeräte oder eine Haushaltshilfe, wenn man nach einem Unfall beeinträchtigt ist, bekommt man nur, wenn man sie beantragt. Und Krankenkassen lehnen solche Anträge oft ab. In diesen Fällen kann man bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Widerspruch einlegen. Häufig führt der dann zum Erfolg. Und wenn nicht, gibt es weitere Rechtsmittel .

EIGENE VERANTWORTUNG Große Erfolgsaussichten haben Krankenkassenpatienten, wenn ihre Anträge gut begründet sind. Außerdem sollten gleich bei der Beantragung von Hilfsmitteln alle nötigen Unterlagen eingereicht werden. Das können Verordnungen der behandelnden Ärzte, Atteste oder – bei Zahnbehandlungen – eine Kopie vom Bonusheft sein. Auch deutlich zu formulieren, was droht, wenn die Hilfe ausbleibt, kann den Antrag unterstützen.

Kerstin Butenhoff
kerstin.butenhoff@burda.com

STRENGE GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Ist eine Maßnahme medizinisch notwendig und gleichzeitig wirtschaftlich gerechtfertigt, müssen die Kassen sie ermöglichen, indem sie die Kosten übernehmen. Maßgeblich für die Entscheidungen ist bei den gesetzlichen Krankenversicherungen der sogenannte gesetzliche Leistungskatalog, der im Fünften Sozialge-

setzbuch (SGB V) vorgegeben ist, allerdings nur als Rahmenrecht. Die Konkretisierung in verbindlichen Richtlinien erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Bei der Gewährleistung von Leistungen unterliegen die Krankenkassen außerdem jeweils ihren eigenen Satzungen, die von den ehrenamtlichen Verwaltungsräten, also den Sozialparlamenten der jeweiligen Kasse, beschlossen werden.

WIRTSCHAFTLICHE ENTSCHEIDUNG

Verschiedene Faktoren können dazu führen, dass ein Antrag abgelehnt wird. »Hat etwa jemand eine stationäre Kur beantragt, aber ihm kann auch ambulant geholfen werden, dann ist man verpflichtet, diese Möglichkeit zuerst auszuschöpfen«, erklärt Roland Schultze, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrats der Handelskrankenkasse (hkk). »Als Verwaltungsrat, als ehrenamtliches Sozialparlament der Kasse, tun wir wirklich alles, um unseren Versicherten die Hilfe zukommen zu lassen, die sie brauchen. Wir müssen aber auch auf eine effektive Verwendung der Beitragsgelder achten. Das kann auch einmal heißen, dass wir als Kasse nicht das allerneueste, sondern nur ein ähnlich gutes Hörgerät bezahlen, solange dieses Gerät seinen Zweck erfüllt.«

WIDERSPRUCH GUT VORBEREITEN

Wird ein Antrag doch abgelehnt, kann Widerspruch eingelegt werden. Das ist gutes Recht der Versicherten und kommt im Jahr rund 250 000-mal vor. »Fast jeder dritte Streitfall kann dann schnell beigelegt werden, zum Beispiel wenn jemand nachträglich fehlende Unterlagen einreicht«, erklärt Schultze. Deshalb keine Panik, wenn Sie eine Ablehnung der Kostenübernahme erhalten. Als Erstes lohnt eine genaue Prüfung des Ablehnungsbescheids: Krankenkassen müssen innerhalb von drei Wochen auf den Antrag von Versicherten reagieren. Tun sie das nicht oder wurde der Bescheid später zugestellt, gilt die beantragte Leistung als bewilligt. Versicherte dürfen dann laut § 13 Abs. 3a Sozialgesetzbuch beispielsweise ein neues Hörgerät kaufen, und die Krankenkasse muss die Kosten dafür rückwirkend übernehmen. Nachträglich kann die Kasse diese Genehmigung nicht zurückziehen. Das Bundessozialgericht hat diese gesetzliche Regel ausdrücklich bestätigt (Az. B 1 KR 25/15 R). Zu dieser Frist gibt es allerdings eine Ausnahme: Ist ein Gutachten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erforderlich, beträgt die Frist fünf Wochen.

ZEITPLAN Ein Widerspruch bei der Krankenkasse muss schriftlich innerhalb eines Monats nach Erhalt der Ablehnung erfolgen. Wichtig: Auf das Widerspruchsrecht der Versicherten muss im Bescheid der Krankenkasse hingewiesen werden. Fehlt diese Rechtsmittelbelehrung im Bescheid, haben Versicherte für den Widerspruch sogar ein Jahr Zeit. »Natürlich sollte man seinen Widerspruch begründen und die nötigen Unterlagen beilegen«, erklärt Schultze weiter.

FORMALIEN In das Widerspruchsschreiben gehören Name, Anschrift und Versicherungsnummer, Aktenzeichen und Datum der Ablehnung. Anschließend muss klar formuliert werden, dass man mit der Ablehnung der Kostenübernahme nicht einverstanden ist und dagegen Widerspruch einlegt. Eine Begründung muss an dieser Stelle noch nicht mitgeschickt werden. Außerdem muss das Schreiben von Hand unterschrieben sein.

PRÜFUNG Die Begründung, eventuell mit weiteren, neuen Gutachten oder Untersuchungsergebnissen kann dann später in einem zweiten Schreiben nachgereicht werden: Die Frist wurde gewahrt.

GUTACHTEN DES MDK PRÜFEN

Oft berufen sich Krankenkassen bei Ablehnungsbescheiden auf Gutachten des MDK. Allerdings sind sie nicht daran gebunden. Lehnt eine Krankenkasse einen Antrag ab, können Patientinnen und Patienten diese Gutachten anfordern, einsehen und von Experten prüfen lassen. Das kann bei möglichen Widerspruchsverfahren hilfreich sein. Denn die Erfolgschancen für einen positiven Ausgang eines Verfahrens steigen, wenn Betroffene wissen, warum genau ihr Antrag abgelehnt wurde.

ABHILFEBESCHEID Außerdem sollten mithilfe der behandelnden Ärzte weitere individuelle medizinische Gründe und Unterlagen zusammengetragen werden. Sie können helfen, den Widerspruch ausführlich zu begründen. Betroffene können sich außerdem sachkundige Hilfe holen, beispielsweise von der Unabhängigen Patienten-

WIDERSPRUCH Diese Formalien gehören in das Schreiben

INHALT Notieren Sie zu Beginn die nötigen Formalien: Name, Anschrift und Versicherungsnummer der Krankenkasse. Vergessen Sie nicht Aktenzeichen und Datum der Ablehnung. So kann das Schreiben bei der Krankenkasse schneller zugeordnet werden.

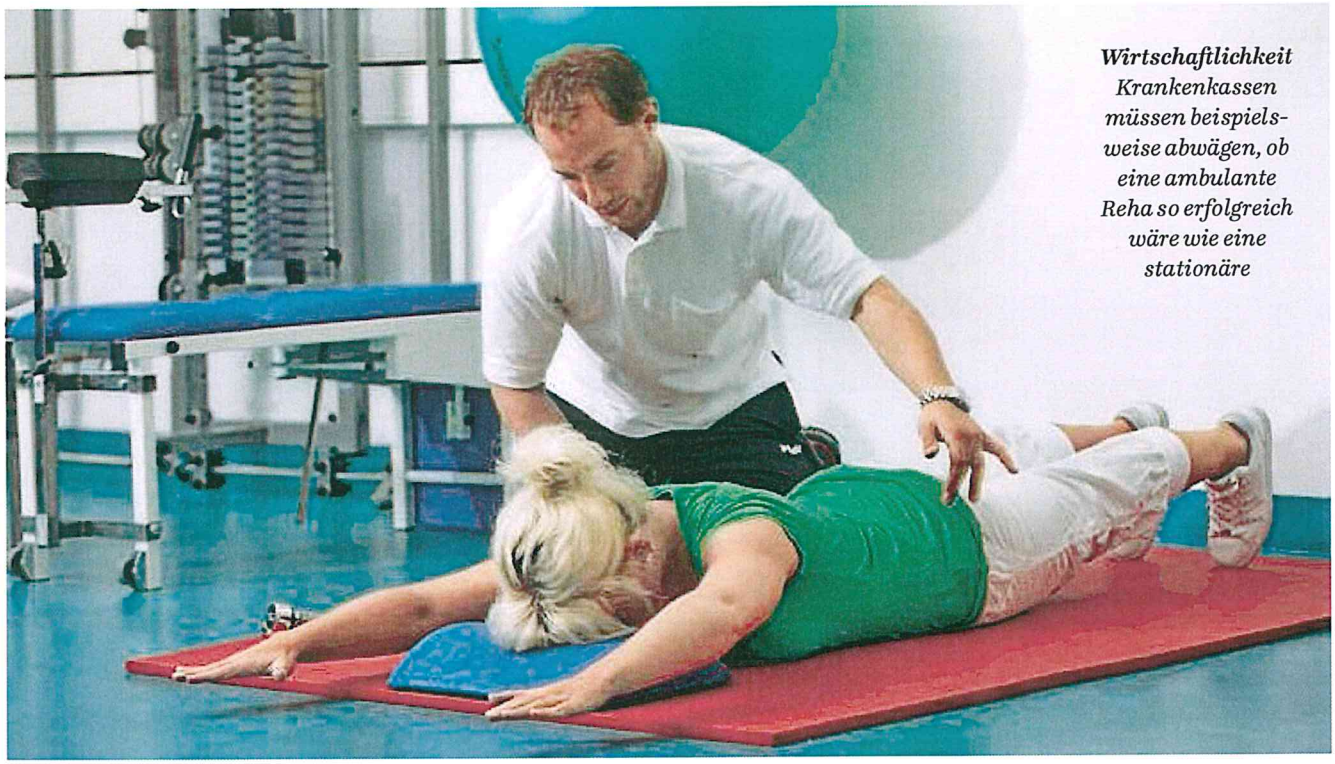
WIDERSPRUCH Formulieren Sie nun ausführlich und vor allem deutlich, dass Sie gegen den Bescheid der Krankenkasse mit diesem Schreiben form- und fristgerecht Widerspruch einlegen.

HAUPTTEIL Im anschließenden Schreiben können Sie begründen, warum die beantragten Leistungen benötigt werden und welche wichtigsten Fakten die Kasse in ihrer Entscheidung nicht berücksichtigt hat. Lassen Sie sich dazu auch noch einmal von Ihren betreuenden Ärzten zusammenfassend die medizinische Notwendigkeit bestätigen.

DOKUMENTE Gab es ein MDK-Gutachten, auf das die Krankenkasse sich beruft, können Sie das in diesem Schreiben ebenso anfordern wie alle Dokumente, die in Ihrem Fall für die Entscheidung herangezogen wurden.

LÄNGERE FRIST Wer mehr als vier Wochen für eine detaillierte Begründung braucht, kann innerhalb der Frist erst einmal allgemein widersprechen. Dann sollte in dem Brief allerdings darauf hingewiesen werden, dass die ausführliche Begründung oder zusätzliche Unterlagen nachgereicht werden.

VERSICHERTER VERSAND Der Widerspruch muss fristgerecht erfolgen und innerhalb eines Monats bei der Krankenkasse eingehen. Um sicherzugehen, dass das Schreiben pünktlich ankommt, ist ein rechtzeitiger Versand als Einschreiben sinnvoll. So wird gleichzeitig der pünktliche Empfang der Krankenkasse dokumentiert.



Wirtschaftlichkeit *Krankenkassen müssen beispielsweise abwägen, ob eine ambulante Reha so erfolgreich wäre wie eine stationäre*

beratung, dem Sozialverband VdK oder Fachanwälten. Auch die Mitarbeitenden der Krankenkasse selbst können helfen, wenn sie näher erklären, warum eigentlich die beantragte Leistung nicht bezahlt werden soll, welche Unterlagen möglicherweise fehlen oder welche Fristen von den Versicherten jetzt zu beachten sind.

Haben Versicherte den Eindruck, dass die Krankenversicherung das Widerspruchsverfahren unnötig in die Länge zieht, können sie beim Bundesversicherungsamt Beschwerde einlegen. Sollte das Verfahren länger als drei Monate dauern, können betroffene Patienten sogar eine Untätigkeitsklage beim Sozialgericht einreichen.

LETZTER AUSWEG KLAGE

Normalerweise jedoch prüft die Krankenkasse nun die eingereichten Unterlagen und bewertet den Anspruch unter Berücksichtigung der Argumente der Widerspruchsbegründung erneut. Stellt die Krankenkasse nach der Prüfung fest, dass der Widerspruch berechtigt ist, wird sie die Leistung durch einen Abhilfebescheid doch noch bewilligen.

Was, wenn die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung bleibt? »Dann geht der Widerspruch an die Widerspruchsausschüsse der Krankenkasse«, so Schultze. »Dort prüfen dann die ehrenamtlichen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber der Kasse die Einwände.« Die gute Nachricht: Dafür müssen die Versicherten nichts unternehmen, das geschieht automatisch. Und noch eine positive Nachricht gibt es, selbst wenn der Widerspruch wieder negativ beschieden wird: »Ein Widerspruch kostet nichts – egal, ob ihm am Ende stattgegeben wird oder nicht«, so Schultze.

LETZTER AUSWEG Bleibt auch das Widerspruchsverfahren erfolglos, können Patienten nun innerhalb eines Monats Klage beim Sozialgericht einreichen, das kostet keine Gerichtsgebühren. Eine Anwaltspflicht besteht nicht, allerdings ist es sinnvoll, sich von einem Fachanwalt für Sozialrecht vertreten zu lassen. Das Anwaltshonorar müssen die Versicherten selbst zahlen, sollten sie den Prozess verlieren.

> Ein Widerspruch kostet Versicherte nichts – egal, ob er Erfolg hat oder nicht.

Roland Schultze,
alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrats der Handelskrankenkasse (hkk)

PRIVATE PATIENTEN KÄMPFEN ALLEIN

Allerdings gilt all das nur für Patienten der gesetzlichen Krankenkassen. Für Privatversicherte gibt es erhebliche Unterschiede: Widerspruchsausschüsse – und damit die Chance, dass gewählte ehrenamtliche Versichertenvertreter die Entscheidung der Verwaltung überprüfen und gegebenenfalls korrigieren – gibt es nur in der gesetzlichen Krankenversicherung. In der PKV sind die Versicherungsnehmer auf sich allein gestellt. Sie können allerdings innerhalb von drei Jahren nach der ablehnenden Entscheidung Klage vor den Zivilgerichten erheben.

FOTOS: IMAGO IMAGES/JOCHEN TACK, HKK/JÖRG SARBACH, THINKSTOCK, SHUTTERSTOCK