

Wichtige Hinweise im Falle einer Ablehnung (Lesen Sie dies möglichst schon VOR einer Ablehnung!)

Hinweis: Diese Information ersetzt keine ausführliche Rechtsberatung

Ablehnung, und nun?

Prolog: Krankenkassen sind nicht von Gott gegeben. Eine Ablehnung bedeutet daher nicht gleich das AUS und man muss nicht gleich verzweifeln.

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts funktionieren Krankenkassen ähnlich wie Behörden. Sie richten sich nach einem starren Vorschriftenkatalog und erlassen Bescheide, gegen die man innerhalb definierter Fristen Einspruch erheben kann.

Viele Betroffene sind nach einem fundierten Widerspruch erfolgreich gewesen!

Vorab: Wann kann ich überhaupt mit einer Zu- oder Absage rechnen?

Grundsätzlich ist es so, dass im Verwaltungsverfahren eine 3-Monatsfrist gilt. Ob dies auch bei den Krankenkassen so ist, ist leider nicht unstrittig. Legt man die Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) zu Grunde, dann ist das korrekt. Es wird aber auch die Meinung vertreten, dass hier das Sozialgerichtsgesetz angewandt wird. Dann greift § 88 Abs. 1 SGG und der sieht eine 6-monatige Bearbeitungsfrist vor. Wenn beim Antragsverfahren nach 6 Monaten und 1 Tag (ohne dein Verschulden!) der Antrag nicht beschieden ist, dann kann man eine Untätigkeitsklage einreichen.

Die Frist läuft übrigens erst dann los, wenn alle Unterlagen vollständig bei der Krankenkasse eingegangen sind. Bei Nachfragen seitens der Krankenkasse ruht die Frist solange, bis die nachgeforderten Unterlagen oder Informationen vorliegen.

Vorab der Verwaltungsweg im Falle einer Ablehnung:

1. Der Antrag soll nach Empfehlung des MDK abgelehnt werden - dann muss VOR Bescheiderteilung eine Anhörung erfolgen.

Diese Anhörung hat VOR der Absage zu erfolgen und kann vom Patienten dazu genutzt werden, Informationen nachzureichen um einer drohenden Absage noch vorzubeugen.

Leider werden die Anhörungen oftmals einfach unter den Tisch gekehrt, oder so versteckt, dass man sie als Laie gar nicht als Anhörung wahrnimmt. Gerade deshalb ist es wichtig, hiervon zu wissen um entsprechend reagieren zu können.

Wie erkenne ich eine Anhörung?

Eine Anhörung nach § 24 Abs. 1 SGB X kann das schriftlich oder telefonisch passieren.

Ein Schreiben würde in etwa wie folgt aussehen. "Wir beabsichtigen, Ihren Antrag vom ... wie folgt abzulehnen..." Das wäre ein Hinweis auf eine Anhörung.

Auch ein Telefonat, in dem mitgeteilt wird: "Wir werden Ihren Antrag aus folgenden Gründen ablehnen..." ist bereits eine Anhörung. Achtung, man wird sie meist nicht darauf hinweisen.

Die Kassen lehnen schriftliche Anhörungen wegen des erhöhten Verwaltungsaufwandes meist ab. Und nur aus dem Grunde rufen die Sachbearbeiter häufig auch an um von der Absage zu berichten. Dies machen sie nicht, weil sie so freundlich sind, sondern, weil sie damit die Anhörung durchführen - meist, ohne das man es merkt.

Im Rahmen einer Anhörung erhält man eine Frist von mindestens 14 Tagen (manchmal auch drei Wochen, aber 14 Tage sind mindestens anzusetzen), um zu den Ablehnungsgründen Stellung zu nehmen. Selbstverständlich kann man die Kasse bitten, eine längere Frist zu gewähren, um evtl. Unterlagen beizubringen. So kann man schon VOR Erhalt des Ablehnungsbescheides etwas gegen die drohende Ablehnung tun.

Werden Sie telefonisch in Kenntnis gesetzt, dass der Antrag abgelehnt werden soll, dann fragen Sie den Sachbearbeiter gleich, ob Sie das Gespräch als eine Anhörung nach § 24 (1) SGB X werten dürfen. Denken Sie daran, dass man Sie möglicherweise nicht von sich aus darauf hinweisen wird. Teilen Sie der Krankenkasse dann (am Besten zusätzlich per Mail) mit, dass Sie von der Anhörungsfrist (mindestens 14 Tage) Gebrauch machen. Jetzt haben Sie Zeit, schon VOR der Ablehnung, die Argumente der Krankenkasse auszuhebeln. (Nehmen Sie Akteneinsicht, etc. siehe unten)

Natürlich ist es viel einfacher für die Kasse, gar keine Anhörung durchzuführen, sondern direkt einen Bescheid ohne Rechtsbehelf zu versenden. Denn Otto Normalverbraucher weiß ja auch nicht, dass man auch dann in Widerspruch gehen kann, wenn kein Rechtsbehelf angegeben ist. Für ca. 70 % aller Anträge wird kein Widerspruch aus Unwissenheit eingereicht. Das erspart den Kassen mitunter Millionenbeträge.

Wird der Antrag ohne Anhörung nach § 24 Abs. 1 SGB X abgelehnt, so ist der Bescheid zwar in der Welt, es sollte aber auf jeden Fall im Widerspruch erwähnt werden, dass KEINE Anhörung erfolgte. Man kann leider nicht einfach von sich aus einen ablehnenden Bescheid als Anhörung deklarieren und eine Frist von 14 Tagen zugrunde legen.

2. Bei Ablehnung wird ein Widerspruch eingelegt. Beim Widerspruch wird mit wiederholter Beteiligung des MDK von der Kasse geprüft, ob dem Widerspruch stattgegeben werden kann. Wenn ja, ist alles OK. Wenn nein, dann fragt die Kasse an, ob der Widerspruch aufrechterhalten wird. Wenn nein - ist das Verfahren beendet, wenn ja, wird derselbe Widerspruch an den besonderen Ausschuss nach § 36a SGB IV weitergeleitet.
3. Der Widerspruchsausschuss empfiehlt die Zusage, dann ist alles OK. Der Widerspruchsausschuss empfiehlt die Zurückweisung des Widerspruchs als unbegründet, dann muss Klage vor dem Sozialgericht eingereicht werden.

Was tun?**Möglichkeit 1: Einschalten eines Rechtsanwaltes**

Dies ist mit Kosten verbunden, die leider nur von wenigen Rechtsschutzversicherungen übernommen werden. Sprechen Sie mit Ihrer Rechtsschutzversicherung (am besten schon vor Antragstellung!).

Durch Einschalten eines Rechtsanwalts kann man sicher sein, dass man keine Fristen etc. übersieht. Man sollte sich im Vorwege erkundigen, welcher Rechtsanwalt bereits Erfahrungen im Bereich Adipositas-Chirurgie hat.

Möglichkeit 2: Widerspruch selbst managen

Vorhinweis: Allerspätestens ab jetzt sollte jeder Kontakt mit der Krankenkasse nur noch schriftlich passieren und sollte es doch Telefonate geben, sollte man eine Aktennotiz erstellen mit Datum, Gesprächspartner und Inhalt des Gesprächs. Von jedem Schriftwechsel behält man Kopien. Auf eingehende Post schreibt man das Eingangsdatum.

Schritt 1: Widerspruch einlegen: Der Widerspruch sollte umgehend eingelegt werden, spätestens jedoch nach 1 Monat (nicht 4 Wochen). Es gibt Umstände, die die Frist möglicherweise verlängern, auf die ich hier jedoch nicht eingehe. Fristen sollte man nie ausreizen.

Text des Widerspruchs: *Gegen Ihren Bescheid vom eingegangen am ..., lege ich hiermit fristgerecht Widerspruch ein. Eine Begründung werde ich nachliefern.*

Dies sollte auch in zeitnahe Abstand passieren.

Schritt 2: Akteneinsicht bei der Krankenkasse nehmen.

Um einen Widerspruch fundiert formulieren zu können, muss man wissen, was im MDK-Bericht steht, welche Unterlagen die Kasse von einem hat und vor allem, was sich noch so für Dinge über einen in der Akte befinden. Man hat einen Rechtsanspruch zur Akteneinsicht nach §25 (1) SGB X. Entweder selber hingehen, oder Kopien anfordern (kann Geld kosten). Darauf achten, dass die Unterlagen vollständig sind. Sie sollten alle durchlaufend nummeriert sein (paginiert). Trotz des Rechtsanspruchs versuchen einige Krankenkassen einen abzuwimmeln. Hier muss man stur auf Akteneinsicht bestehen.

Schritt 3: Die im Ablehnungsbescheid und im MDK-Bericht nicht zutreffenden Punkte müssen bestmöglich widerlegt werden. Dazu ist es hilfreich, wenn man Belege, Atteste, o.ä. hat. Auf alle Fälle sollte man vor Absenden der Begründung diese noch mal mit seinem Arzt durchgehen, damit man der Krankenkasse nicht unnötig Gegenargumente liefert.

Bei Fragen helfen wir gern weiter.