



Patienteninformation zur Beantragung von Leistungen bei der gesetzlichen Krankenkasse

Vor Beginn einer Behandlung, dem Erhalt eines Hilfsmittels oder einer anderen Leistung der gesetzlichen Krankenkasse ist immer ein Antrag zu stellen und in der Regel die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten.

Vorliegend erläutern wir Ihnen das grundsätzliche Vorgehen.

Bitte beachten Sie, dass immer im Einzelfall geprüft werden muss, ob gerade diese Leistung von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt wird.

1. Antrag an die Krankenkasse stellen

- Der Antrag sollte ein Attest des Arztes mit der Auflistung sämtlicher bisher durchgeführten Leistung/Therapien und deren Erfolge/Misserfolge beinhalten
- Ausführliche Beschreibung, was genau der Arzt sich aus medizinischer Sicht für den Patienten von dieser Leistung/Therapie erhofft.
- Ausführliche Beschreibung was sich der Patient von dieser Leistung/Therapie erhofft. Evtl. schon gemachte Erfahrungen beschreiben und daraus resultierende Erfolge.
- Kostenvoranschlag und Dauer der Leistung/Therapie.
- Antrag per Einschreiben oder persönlich abgeben und auf einer Kopie mit Stempel den Erhalt quittieren lassen.
- Bei Fragen und Unklarheiten unabhängige Beratung und/oder Krankenkasse fragen.

2. Die Krankenkasse muss innerhalb von drei Wochen über den Antrag entscheiden. Tut sie das nicht gilt der Antrag als genehmigt, § 13 Absatz 3a SGBV. Das hat das BSG in seinem Urteil vom 08.03.2016 (Az.: B 1 KR 25/15 R) klargestellt.

3. Die Kasse hat fünf Wochen Zeit, wenn sie einen Gutachter einschaltet. Darüber muss die Kasse den Versicherten aber innerhalb der Drei-Wochen-Frist informieren.

4. Sofern andere Gründe für eine Verzögerung sprechen, muss diese die Kasse darlegen und die Verzögerung Tag genau angeben (siehe oben: Urteil BSG) und den Versicherten darüber in Kenntnis setzen. Personalmangel ist kein hinreichender Grund für eine Verzögerung.

5. **Wichtig:** Sollte die Kasse innerhalb der Frist nicht entschieden habe, greift eine sogenannte Genehmigungsfiktion. Das bedeutet: Der Antrag des Versicherten gilt als genehmigt. Der Versicherte hat dann nicht nur Anspruch auf Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Leistung, sondern kann die Leistung auch als Sachleistung in Anspruch nehmen. **Beachte: Das Kostenrisiko für die Selbstbeschaffte Leistung liegt im Allgemeinen beim Patienten.**
6. Die Genehmigung kann nicht mit einem ablehnenden Bescheid einfach widerrufen werden. Dazu bedarf es eines Aufhebungsbescheides, der nur unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden kann. Spätestens hier kann es sinnvoll sein einen Anwalt einzuschalten oder eine Beratungsstelle aufzusuchen.
7. Sollte der Antrag fristgerecht abgelehnt werden, muss fristgerecht Widerspruch (1 Monat nach Erhalt der Ablehnung) eingelegt werden.
 - Es sollte immer das Gutachten bzw. die gesamte Akte, welche dem ablehnenden Bescheid zu Grunde liegt, in Kopie angefordert werden.
 - Folgende Formulierung kann man verwenden: „Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit lege ich fristgerecht Widerspruch gegen den durch (Name der Krankenkasse) am (Datum Erlass des Bescheides) mir am (Datum des Erhalts des Schreibens) zugestellten ablehnenden Bescheid ein. Bitte senden Sie mir für die Begründung meines Widerspruches die Verwaltungsakte, mindestens allerdings das Gutachten des Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) zu, welches der Ablehnung zu Grunde liegt.“
 - Diese Formulierung hat den Vorteil, dass man Zeit gewinnt und sich mit dem Gutachten genau ansehen kann, wie und warum der Antrag abgelehnt wurde
 - Das Gutachten ist dann mit Hilfe der Ärzte zu überprüfen und der Widerspruch entsprechend zu begründen. Sollten die Ärzte nicht dahinter stehen, ist es schwierig bis unmöglich die Kasse umzustimmen.
 - Eine Begründung des Widerspruches ist nicht zwingend notwendig aber hilfreich bei der Durchsetzung der Ansprüche.
8. Für den Widerspruchsbescheid, also die Antwort auf den Widerspruch, kann sich die Kasse Zeit nehmen. In der Regel tagt der Widerspruchsausschuss alle drei Monate.
9. Man kann eine Untätigkeitsklage einreichen, wenn die Kasse nicht innerhalb von drei Monaten über den Widerspruch entscheidet (§ 88 Abs. 2 SGG). Allerdings kann das Gericht die Kasse nur zur Entscheidung verurteilen und nicht direkt die beantragte Leistung zusprechen.
10. Sollte der Widerspruch erneut abgelehnt werden, kann man Klage beim Sozialgericht einreichen. Allerdings ist mit einer langen Verfahrensdauer zu rechnen.

Kontakt:

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK)
Altkrautheimer Straße 20, 74238 Krautheim, Tel.: 06294 4281-0, Fax: 06294 4281-79
E-Mail: info@bsk-ev.org, www.bsk-ev.org