

Übersicht:

<b>Sozialgesetzbuch</b>	<b>Leistungsträger – wer ist zuständig?</b>
SGB I – Allgemeiner Teil	Gilt für Alle
SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende	Agentur für Arbeit, kreisfreie Städte, Jobcenter
SGB III – Arbeitsförderung	Agentur für Arbeit
SGB IV – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung	Kranken-, Unfall-, Rentenversicherung
SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung	Krankenkasse
SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung	Rentenversicherung
SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung	Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften)
SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe	Jugendämter
SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilfe und Schwerbehindertenrecht)	Je nach Thema gesetzliche Krankenversicherung, Agentur für Arbeit, gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Jugendamt, Träger der Eingliederungshilfe
SGB X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz	Gilt für Alle
SGB XI – Soziale Pflegeversicherung	Pflegekasse
SGB XII – Sozialhilfe	Sozialamt
<b>BGB</b>	<b>Bürgerliches Gesetzbuch</b>
<b>SGB</b>	<b>Sozialgesetzbuch</b>
<b>SGG</b>	<b>Sozialgerichtsgesetz</b>

Die oben beschriebenen Träger (z.B. Krankenkasse) haben sich an bestimmte Vorschriften zu halten. Diese Vorschriften zum Verfahren richten sich überwiegend nach dem SGB X. Hier ist eine Zusammenstellung der üblichen Vorschriften – vom Antrag bis hin zum Gerichtsverfahren am Beispiel eines Antrages bei der Krankenkasse auf Bewilligung von 5x Schläuchen.

Am Anfang eines Verwaltungsverfahrens steht ein Antrag (oder die Behörde muss von sich aus tätig werden) (§ 18 SGB X).

Die Krankenkasse hat zügig aber spätestens nach Ablauf von 3 Wochen nach Antragseingang über die beantragte Leistung zu entscheiden (§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V). Wenn ein Gutachten eingeholt wird (Medizinischer Dienst), verlängert sich die Frist auf 5 Wochen.

Wenn die Krankenkasse die Frist nicht einhalten kann, hat sie den Antragsteller darüber unter Darlegung der Gründe zu informieren. Tut sie dieses nicht, gilt der Antrag mit Ablauf der Frist als

genehmigt. Man könnte also die Schläuche selber kaufen und die Krankenkasse hat die Kosten zu erstatten. Hierfür gibt es aber auch noch enge Grenzen.

### **Was ist das Schreiben einer Behörde? Ist es gleich immer ein Bescheid?**

Verwaltungsakt § 10 SGB X: „Verwaltungsakt ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist.“  
Der Bescheid ist ein Verwaltungsakt.

Ein Verwaltungsakt/Bescheid muss grundsätzlich begründet werden (§ 35 SGB X). Die Behörde muss den Bescheid nicht begründen, wenn sie dem Antrag entspricht oder wenn die Entscheidungsgründe dem Antragsteller bereits bekannt ist.

Beispiel: Der Antragsteller möchte 5 Schläuche haben und die Krankenkasse bewilligt ihm 5 Schläuche. In diesem Fall muss die Krankenkasse keine Begründung mit Ihrer Zusage liefern.

Wenn die Krankenkasse jedoch nur 2 Schläuche bewilligt anstatt 5, muss die Behörde im Bescheid die Gründe ausführlich beschreiben, warum sie nur 2 Schläuche bewilligt.

Bevor ein Bescheid verschickt wird der in die Rechte des Beteiligten eingreift, ist der Beteiligter anzuhören (§ 24 SGB X). Davon kann z.B. abgesehen werden, wenn einkommensabhängige Leistungen den geänderten Verhältnissen (also Einkommenserhöhung, -minderung) angepasst werden sollen. Eine Anhörung ist immer notwendig, wenn die Bewilligung vom Antrag abweicht. Als Beispiel: Es wurden 5 Schläuche beantragt, aber die Krankenkasse meint, 2 Schläuche reichen. Dann weicht die Krankenkasse vom Antrag ab und muss den Antragsteller anhören; das bedeutet, die Krankenkasse muss dem Antragsteller die Gründe mitteilen, warum sie nur 2 Schläuche bewilligen will und fragen, warum der Antragsteller 5 haben will. Diese Anhörung kann später (also nach dem ablehnenden Schreiben) nachgeholt werden (§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X).

### **Wann ist ein Bescheid wirksam und damit verbindlich?**

Ein Verwaltungsakt/Bescheid wird in dem Zeitpunkt wirksam, in dem er dem Beteiligten bekannt gegeben wurde.

Beteiligter ist nach § 12 SGB X üblicherweise der Antragsteller bzw. derjenige, an den die Behörde den Verwaltungsakt/Bescheid richten will.

Der Verwaltungsakt ist nach § 37 SGB X demjenigen bekannt zu geben, für den er bestimmt ist oder der von ihm betroffen wird.

Die Krankenkasse kann nicht einfach einem Nachbarn die Mitteilung schicken, dass man selber 5 Schläuche bekommt.

Wenn die Behörde einen Verwaltungsakt/Bescheid erlässt, hat sie über den Rechtsbehelf und die Behörde oder das Gericht, die einzuhaltende Frist und die Form schriftlich zu belehren (§ 36 SGB X = nennt sich Rechtsbehelfsbelehrung).

Dem Kunden ist also mit dem Bescheid mitzuteilen, was er tun kann, wenn er mit der Entscheidung nicht einverstanden ist: wie kann ich Widerspruch einlegen (schriftlich), wo muss ich den Widerspruch einlegen (welche Behörde/Gericht), bis wann muss der Widerspruch/Klage bei der Behörde/Gericht sein? Das ist der Teil, den die Krankenkassen gerne vergessen.

### **Was kann ich tun, wenn ich mit dem Bescheid nicht einverstanden bin?**

Gegen einen Bescheid kann Widerspruch eingelegt werden. Auf diese Möglichkeit und das ‚wie und wo und bis wann kann ich Widerspruch einlegen‘ muss im Bescheid hingewiesen sein (= Rechtsbehelfsbelehrung).

### **Bis wann kann ich Widerspruch einlegen?**

Nach § 84 SGG kann Widerspruch nur innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Verwaltungsakts/Bescheides eingelegt werden.

Nach § 37 Abs. 2 SGB X gilt ein durch Post übermittelter Bescheid am dritten Tag nach Aufgabe als ‚bekannt gegeben‘ (Zugangsfiktion).

Im Zweifel hat die Behörde den Zugang des Bescheides nachzuweisen. Die Behörde muss dann also nachweisen, dass man den Bescheid bekommen hat. Bei wichtigen Bescheiden wird z.B. eine Postzustellungsurkunde verwendet.

### **Wie werden Fristen berechnet?**

Für die Fristenberechnung sind die Vorschriften im BGB entscheidend.

Die Frist auf die sich hier bezogen wird, beginnt zu laufen am Tage nach der Bekanntgabe (§ 187 BGB); hierbei ist es unerheblich, ob es sich um einen Feiertag oder Wochenende handelt.

Die Frist endet mit dem letzten Tag des Monats (hier in diesem Zusammenhang) (§ 188 BGB); wenn das Ende auf einen Sonntag oder gesetzlichen Feiertag trifft, endet die Frist mit Ablauf des nächsten Werktages (§ 193 BGB ).

Beispiel für die Fristenberechnung:

Datum des Bescheides und Aufgabe zur Post: 07.03.2022

+ 3 Tage Zugangsfiktion

Bekanntgabe des Bescheides: 10.03.2022

Beginn der Widerspruchsfrist: 11.03.2022

Ablauf der Widerspruchsfrist: 10.04.2022

Da der 10.04.2022 ein Sonntag ist, endet die Widerspruchsfrist am darauffolgenden Werktag:

Montag 11.04.2022 um 24 Uhr.

### **Was ist, wenn der Bescheid keine Rechtsbehelfsbelehrung enthält?**

Wurde der Kunde nicht darüber informiert, wie er gegen die Entscheidung (also den Bescheid) der Krankenkasse vorgehen kann (also Widerspruch oder Klage einlegen), ist es möglich noch bis zu einem Jahr nach Zustellung des Bescheides Widerspruch einzulegen (§ 66 Abs. 2 SGG); hier gilt dann nicht die Frist von einem Monat.

### **Was ist, wenn ich die Frist nicht eingehalten konnte?**

Nach § 27 SGB X kann man einen Antrag auf ‚Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand‘ beantragen, wenn man ohne Verschulden daran gehindert war, die Frist einzuhalten. Dieser Antrag auf Wiedereinsetzung ist 2 Wochen nach Wegfall des Hindernisses zu stellen.

Als Beispiel: Man möchte Widerspruch einlegen, weil die Krankenkasse nur 2 Schläuche statt 5 bewilligt hat. Den Widerspruch möchte man am letzten Tag der Widerspruchsfrist direkt zur Krankenkasse bringen. Auf dem Weg dorthin hat man am 11.04.2022 um 23.50 Uhr einen Unfall und

kommt ins Krankenhaus. Dadurch konnte man den Widerspruch nicht innerhalb der Frist einwerfen. Dieses ist ein Beispiel für die Möglichkeit, Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand zu beantragen. Innerhalb von zwei Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus muss dann der Antrag gestellt werden und die Widerspruchsfrist von einem Monat beginnt wieder zu laufen.

### **Wie erfahre ich, welche Unterlagen in dem Verfahren vorliegen und welche Unterlagen zu einer Entscheidung geführt haben?**

Nach § 25 SGB X hat der Beteiligte das Recht, Akteneinsicht zu nehmen. Die Behörde hat dem Beteiligten die Möglichkeit zu geben, in Unterlagen, die das Verfahren betreffen, einzusehen. Man meldet bei der Behörde also an, dass man Akteneinsicht haben möchte und die Behörde hat sie zu gewähren.

### **Was geschieht, wenn ich Widerspruch eingelegt habe?**

Ein Widerspruch hat grundsätzlich aufschiebende Wirkung (§ 86a Abs. 1 SGG). Aufschiebende Wirkung bedeutet, dass eine behördliche oder gerichtliche Entscheidung (der Verwaltungsakt) nicht vollzogen werden darf bis über den Widerspruch bzw. die Klage entschieden worden ist.

Wenn ich also Widerspruch einlege, weil ich nur 2 statt 5 Schläuche bekommen habe, bekomme ich auch erst einmal nur die 2 Schläuche. Über die restlichen 3 Schläuche wird noch entschieden; solange bekomme ich sie nicht.

In bestimmten Fällen entfällt die aufschiebende Wirkung.

### **Was kann ich tun, wenn die Krankenkasse nicht entscheidet oder der Widerspruch ‚aufschiebende Wirkung‘ hat, ich aber die beantragte Leistung dringend benötige?**

Wenn die Krankenkasse ohne ausreichenden Grund nicht in angemessener Frist über einen Antrag entscheidet, so kann man eine Untätigkeitsklage beim Sozialgericht einreichen (§ 88 Abs. 1 SGG); jedoch nicht vor Ablauf von 6 Monaten seitdem man den Antrag gestellt hat.

Wenn über den Widerspruch nicht innerhalb von 3 Monaten entschieden wird, kann man ebenfalls eine Untätigkeitsklage einreichen (§ 88 Abs. 2 SGG).

Es gibt noch die Möglichkeit, einen Antrag beim Sozialgericht auf einstweiligen Rechtsschutz zu stellen (§ 86b Abs. 2 SGG). Umgangssprachlich handelt es sich hierbei um den Eilantrag.

Hiernach kann das Sozialgericht eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch die Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung nötig erscheint. Voraussetzung für den Erlass einer einstweiligen Anordnung ist deshalb, dass ein geltend gemachtes Recht gegenüber dem Antragsgegner besteht und der Antragsteller ohne den Erlass der begehrten Anordnung wesentliche Nachteile erleiden würde.

Soviel zum Juristen-Deutsch. Konkret bedeutet das:

Wenn die Krankenkasse (= Antragsgegner) keine Entscheidung über die Schläuche (= Streitgegenstand) trifft, kann die betroffene Person (= Antragsteller, Undine-Patient) nicht mehr beatmet werden (= wesentlicher Nachteil) und muss unnötigerweise ins Krankenhaus (= wesentlicher Nachteil). Das rechtfertigt die Eilbedürftigkeit und damit einen Antrag auf einstweilige Anordnung. Dieses Verfahren ist kostenlos und man benötigt keinen Rechtsbeistand/Anwalt (übrigens auch beim Widerspruchsverfahren).

Das Sozialgericht entscheidet dann über die Schläuche und diese Entscheidung ist für Antragsteller (Undine) und Antragsgegner (Krankenkasse) bindend! Jede Partei kann noch Klage dagegen einlegen, aber das dürfte eher selten der Fall sein.

Die vom Sozialgericht getroffene Entscheidung gilt jedoch nur für diesen einen Antrag und hat keine Wirkung für zukünftige Anträge. Wenn also bei dem nächsten Antrag auf 5 Schläuche wieder die Krankenkasse nicht entscheidet, muss das Verfahren erneut angestrengt werden.

Stand: Februar 2022

Die beschriebenen Hinweise erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Es wird darauf hingewiesen, dass sich aus den oben beschriebenen Informationen kein Rechtsanspruch (z.B. Schadensersatz) entsteht. Die Informationen dienen nur zur Orientierung. Eine individuelle Rechtsberatung wird empfohlen.