



DGM



Leif Steinecke

Der Sozialrechtsweg

Der richtige Umgang der Bürger mit
Sozialleistungsträgern



Der Bundesverband Poliomyelitis e. V. bedankt sich beim AOK-Bundesverband für die finanzielle Unterstützung, die diese Broschüre erst möglich gemacht hat.



AOK – Die Gesundheitskasse. Gesundheit in besten Händen.

Leif Steinecke

Der Sozialrechtsweg

Der richtige Umgang der Bürger mit
Sozialleistungsträgern

Herausgeber:



Bundesverband Poliomyelitis e. V. Interessengemeinschaft von Personen mit Kinderlähmungsfolgen

Freiberger Str. 33
09488 Thermalbad Wiesenbad
Tel.: 03733 504-1187
Fax: 03733 504-1186
E-Mail: bundesverband@polio.sh
Internet: www.polio.sh



Deutsche Gesellschaft für
Muskelkranke e.V. **DGM**

DGM Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V.

Im Moos 4
79112 Freiburg
Tel.: 07665 9447-0
Fax: 07665 9447-20
E-Mail: info@dgm.org
Internet: www.dgm.org

ISBN 978-3-9804519-2-5

1. Auflage 2012, Auflagenhöhe: 4000 Exemplare

Der Nachdruck dieser Broschüre kann nur mit Genehmigung
des Bundesverbandes Poliomyelitis e. V. und der DGM e. V. erfolgen

Satz und Layout: Grafik AWS Medienverlag GmbH

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet.
Es sind selbstverständlich immer beide Geschlechter gemeint.*

Inhaltsverzeichnis

	Seite	
1.	Einleitung	9
2.	Abkürzungen/Randnummern	10
3.	Das Sozialrechtsverfahren - Kurzüberblick	10
4.	Auskunft und Beratung	11
5.	Antrag	15
6.	Mitwirkungspflichten	17
7.	Einstweilige Anordnung	23
8.	Untätigkeitsklage	25
9.	Beschwerde	27
10.	Selbstbeschaffung von Leistungen	27
11.	Medizinische Gutachten	29
12.	§ 109-Gutachten	32
13.	Bescheid	33
14.	Widerspruch und Widerspruchsbegründung	35
15.	Akteneinsicht	39
16.	Widerspruchsbescheid	42
17.	Klage	44
18.	Prozesskostenhilfe	46
19.	Rechtsschutzversicherung	47
20.	Anfechtung von Bescheiden	48
21.	Der richtige Umgang mit Leistungsträgern - Kurzanleitung	49
22.	Der Sozialrechtsweg - Grafik	52
23.	Verzeichnis der Brief-Muster	53

1. Einleitung

Diese Broschüre stellt den Ablauf des Sozialrechtsverfahrens dar oder, wie ich ihn bezeichne, den Sozialrechtsweg. Es geht um die wichtigsten Schritte auf diesem Weg, der zumeist mit einem Antrag bei einem Sozialleistungsträger beginnt. Er kann Jahre dauern und bis zum Bundessozialgericht führen. Diesen Weg beschreiten zwei Wandergruppen, die Bürger und die Leistungsträger und im günstigsten Fall gehen sie gemeinsam, einander unterstützend. In weniger günstigen Fällen benötigen die Wandergruppen die Hilfe von Richtern, um das Ziel zu erreichen: Eine abschließende Entscheidung über den Antrag. Die Broschüre beschränkt sich im Wesentlichen auf jene Strecke, welche die Wanderer ohne Hilfe von Richtern bewältigen müssen: Das Antrags- und das Widerspruchsverfahren. Hinweise zur Frist während der Klage sollen lediglich die Fortsetzung des Weges skizzieren.

Die Broschüre ist als Wegweiser für Bürger gedacht. Der Begriff Bürger steht vor allem für chronisch kranke Patienten, aber auch für Versicherte, Antragsteller und alle sonstigen Interessierten. Jedes Verfahren kostet Zeit und Kraft; Ressourcen, die bei chronischen Patienten eingeschränkt sind. Umso wichtiger ist es, den kürzesten Weg zu beschreiten und dennoch das juristisch Richtige zu tun. Den Sozialrechtsweg stelle ich am Beispiel des Antragsverfahrens dar.

Ein wichtiges Ergebnis der Lektüre soll sein, dass Sie Ihre Ansprüche durchsetzen und nicht auf die Stellung von Anträgen verzichten, weil Ihnen das Verfahren vielleicht zu unübersichtlich erscheint. Ich hoffe, dass Sie diesen Weg zukünftig selbstbewusst beschreiten.

Ich habe mich darum bemüht, die Broschüre so zu gestalten, dass sie nicht immer vollständig gelesen werden muss. Wer zu einem bestimmten Thema Hinweise sucht, soll durch die Lektüre der Kurzanleitung (Kap. 21, Seite 49) und des für das jeweilige Problem zutreffenden Kapitels möglichst schnell Hinweise für sein weiteres Vorgehen bekommen. Dennoch ist es ratsam, die Broschüre bei Gelegenheit vollständig zu lesen.

Wenn Sie Anträge stellen, denken Sie bitte an Konfuzius. Ein Schüler sagte: „Nicht, dass ich an der Lehre des Meisters keinen Gefallen fände – nur, meine Kräfte reichen dafür nicht aus.“ Konfuzius erwiderte: „Reichen die Kräfte nicht aus, so gibt man auf halber Strecke auf. Du aber machst dich gar nicht erst auf den Weg.“

In diesem Sinne: Bitte machen Sie sich auf den Weg – stellen Sie Anträge!

Ahrensfelde, 31.01.2012

Leif Steinecke

Über den Autor:



Rechtsanwalt Leif Steinecke

Geboren 1961 in Brandenburg/Havel. Jurastudium an der Humboldt-Universität Berlin; anschließend Tätigkeiten in verschiedenen Unternehmen als Jurist bzw. Geschäftsführer. Seit 1997 Dialysepatient. 2002 Nierentransplantation; anschließend Rechtsanwalt mit den Interessengebieten Sozial- und Patientenrecht. Tätigkeitsschwerpunkte: gesetzliche Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung sowie Schwerbehindertenrecht. Ehrenamtliche

telefonische Erstberatung für Patienten und deren Angehörige; bundesweite Vertretung von Patienten im Widerspruchs-, Klage- und Berufungsverfahren sowie bei Anträgen auf Erlass einer einstweiligen Anordnung an Sozialgerichten. Referent bei Arzt-Patienten-Seminaren und bei Selbsthilfegruppen sowie Autor diverser Artikel zu sozialrechtlichen Themen.

2. Abkürzungen / Randnummern

Die Begriffe, die sich hinter Abkürzungen verbergen, sind bei deren erstmaliger Verwendung voll ausgeschrieben. Danach verwende ich nur noch die Abkürzungen, weil der Text ansonsten unnötig lang werden würde, ohne inhaltlichen Gewinn. Ich bitte für diese Schreibtechnik um Ihre Nachsicht, liebe Leser.

ALG	Arbeitslosengeld
BSG	Bundessozialgericht
EAO	Einstweilige Anordnung
GdB	Grad der Behinderung
KK	Krankenkasse, gemeint: die gesetzlichen Krankenversicherungen
LSG	Landesozialgericht
LT	Leistungsträger
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PKH	Prozesskostenhilfe
RN	Randnummern
RSV	Rechtsschutzversicherung
SG	Sozialgericht
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
UTK	Untätigkeitsklage
WB	Widerspruchsbescheid

Außer den Seitenzahlen verwende ich Randnummern (RN), womit hoffentlich eine leichtere Orientierung innerhalb des Textes möglich ist.

3. Das Sozialrechtsverfahren – Kurzüberblick

1

Das Sozialrechtsverfahren beginnt regelmäßig mit dem Antrag eines Bürgers auf Gewährung einer Sozialleistung bei einem Leistungsträger (LT). Die LT sind verpflichtet zu prüfen, ob die Voraussetzungen vorliegen, die einen Anspruch auf die Leistung begründen. Hierfür müssen sie den LT alle Informationen zur Verfügung stellen, welche für die Entscheidung bedeutsam sind – d. h. die Bürger müssen mitwirken. Die Mitwirkung

besteht ferner vor allem darin, Antragsunterlagen zügig auszufüllen und ggf. Gutachter aufzusuchen.

2

Die Entscheidung erfolgt meistens als schriftlicher Bescheid, der bindend wird, falls dagegen kein Widerspruch eingelegt wird. Im Falle des Widerspruchs sollen die LT ihre Entscheidung nochmals überprüfen und einen Widerspruchsbescheid (WB) erlassen. Wenn auch dieser den Antrag ablehnt, muss Klage beim Sozialgericht (SG) erhoben werden. Die SG prüfen die Sach- und Rechtslage, insbesondere anhand der Verwaltungsakten der LT. Das Sozialrecht gewährt den Bürgern das Recht, den Gerichten „eigene“ Gutachter zu benennen, deren Gutachten oft entscheidend sind für den Ausgang des Verfahrens.

3

Sofern die Verfahren durch Urteil enden, kann man dagegen Berufung vor dem Landesozialgericht (LSG) erheben und dessen Entscheidung mit der Revision vor dem Bundessozialgericht (BSG) angreifen.

Die LT haben für Bescheide sechs und für Widerspruchsbescheide drei Monate Zeit, während die SG und LSG jeweils drei Jahre Zeit für ihre Entscheidungen haben, ohne ihnen Bummelei vorwerfen zu können. Folglich darf ein Verfahren ca. sieben Jahre dauern.

4

Die Verfahren sind für die Bürger im Wesentlichen kostenfrei. Man kann ohne Kostenrisiko jederzeit Anträge, Widersprüche, Klagen und Berufungen zurücknehmen. Kosten entstehen jedoch, sobald Rechtsanwälte und „eigene“ Gutachter durch die Bürger hinzugezogen werden.

4. Auskunft und Beratung

5

Im Sozialrecht gilt der Grundsatz: Keine Leistung ohne Antrag! Das bedeutet, wer eine Leistung beanspruchen möchte, muss vorher einen Antrag stellen. Mit dem Antrag beginnt ein Sozialrechtsverfahren. Dennoch haben die LT schon vorher Pflichten, vor allem die Pflicht zur Beratung. Das Sozialgesetzbuch (SGB) regelt diese Pflicht: „Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte ...“¹ Dieser Satz regelt einen umfassenden Informationsanspruch der Bürger. Eine Verletzung der Beratungspflicht kann erhebliche juristische Konsequenzen haben. Die Bürger sind unter Umständen später so zu stellen, als wären Sie ordnungsgemäß beraten worden. Außerdem kann man unter bestimmten Voraussetzungen Schadensersatz geltend machen.

6

Eine Beratung sollte man immer fordern, wenn man entweder unsicher ist, welche Ansprüche es gibt oder noch keine Erfahrungen mit dem Ablauf des Sozialrechtsverfahrens hat.

¹SGB I, § 14

7

Zur Klärung ihrer Fragen gehen viele persönlich zum LT oder rufen dort an. In der Regel erhalten Sie mündlich die notwendigen Informationen, ggf. hilft man Ihnen sofort bei der Stellung von Anträgen. Diese Praxis ist zwar verwaltungstechnisch effektiv, doch aus Gründen der Rechtssicherheit rate ich Ihnen, sich zumindest ergänzend eine stichpunktartige schriftliche Bestätigung der Beratungsinhalte geben zu lassen. Bei telefonischen Auskünften sollten Sie Datum und Uhrzeit des Telefongesprächs, Rufnummer und Namen des Mitarbeiters sowie die wesentlichen Beratungsinhalte notieren. Der sicherste Weg jedoch ist die schriftliche Bitte um eine schriftliche Beratung! Hierfür genügt ein „Dreizeiler“. Gewiss wird ein solcher bei dem Mitarbeiter wenig Freude auslösen, denn eine schriftliche Beratung macht mehr Arbeit. Doch das muss Ihnen egal sein. Es geht um Ihr Recht! Wahrscheinlich wird man Sie zunächst anrufen oder vielleicht bekommen Sie nur eine Info-Broschüre. Es gibt auch kurze Briefe, bestehend aus allgemeinen Textbausteinen. Dann müssen Sie hart bleiben, bis Sie ausreichend beraten sind. Der Dreizeiler könnte lauten:

8

Muster 1 – Beratung

Name

Straße PLZ Ort

Vorab per Fax: (Fax-Nr. ...) - insgesamt zwei Seite/n

Deutsche Rentenversicherung Bund

Straße

PLZ Ort

Datum

Bitte um Beratung über stationäre Reha

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich eine stationäre Reha. Bitte beraten Sie mich gem. § 14 SGB I schriftlich über meine diesbezüglichen Rechte und Pflichten sowie das richtige Vorgehen in dieser Sache.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

9

Falls es später wegen eines Beratungsfehlers zu einem Rechtsstreit kommen sollte, müssen Sie die falsche Beratung beweisen können. Deshalb empfehle ich, diesen Brief vorab per Fax zu senden, den Fax-Sendebericht an die Kopie des Schreibens zu klammern (Beides heben Sie gut auf!) und zusätzlich das Original-Schreiben mit einfachem Brief hinterherzuschicken. Ich nenne dies die Methode „Fax + Brief“. Auf dem Sendebereich müssen Sie prüfen, ob die gewählte Fax-Nummer stimmt und das Fax „OK“ ist; andernfalls ist nochmals zu faxen. Wer über kein Fax-Gerät verfügt, kann auch zur Post gehen – größere Postfilialen verfügen über solche Geräte.

10

Die Methode „Fax + Brief“ sollten Sie bei allen wichtigen Schreiben an die LT verwenden! Diese ist dem teuren Einschreiben vorzuziehen, weil sie preiswerter und rechtssicher ist.

11

Die Zeile „Vorab per Fax ...“ signalisiert dem LT, dass noch der Original-Brief folgen wird. Da er dasselbe Schreiben zweimal und auf unterschiedlichen Wegen bekommt, wird er dessen Erhalt später nicht wirksam bestreiten können.

12

Mit einem solchen Brief sind Sie den ersten Schritt auf dem Sozialrechtsweg gegangen und lösen juristische Folgen aus. Das Bundessozialgericht (BSG) beschreibt die Beratungspflicht so: Der LT muss dem Berechtigten den Weg aufzeigen, auf dem er zu seiner begehrten Leistung gelangt; der Berechtigte ist auf die für ihn günstigste Gestaltungsmöglichkeit, aber auch auf etwaige Nachteile hinzuweisen; unrichtige Vorstellungen des Berechtigten müssen beseitigt werden. Damit stellt das BSG hohe Anforderungen an die Qualität der Beratung. Im Kern bedeutet dies, dass Sie sich mit jeder Frage an die LT wenden können. Sie benötigen weder juristisches Wissen, noch Kenntnisse über den Verfahrensablauf. Es genügt, dass Sie sich mit Ihrer Frage an einen LT wenden. Dann muss dieser Ihnen nach besten Kräften helfen, um aus der Frage einen möglichen Anspruch zu formulieren und den richtigen Weg zu dessen Erfüllung aufzuzeigen. Wenn Sie nicht wissen, ob Ihnen eine bestimmte Leistung zusteht und wie Sie diese bekommen können, dann sollten Sie ohne Scheu um eine Beratung bitten. Wer nicht fragt, bekommt nichts!

13

Wenn Ihnen der zuständige LT unbekannt ist, dürfen Sie diesen bei Ihrer Krankenkasse (KK) erfragen, ausnahmsweise telefonisch, denn sie ist verpflichtet, den Bürgern über alle sozialen Angelegenheiten Auskunft zu erteilen. Deshalb muss die KK den jeweils zuständigen LT benennen². Benennen heißt jedoch nicht eine pauschale Auskunft wie: „Damit müssen Sie zum Versorgungsamt.“, sondern es sind mindestens Anschrift und Rufnummer mitzuteilen.

14

Die Auskunftspflicht der KK erstreckt sich darüber hinaus auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Bürger von Bedeutung sein können. Der Gesetzgeber verpflichtet die KK sogar dazu, mit den anderen LT zusammenzuarbeiten, um möglichst umfassende Aus-

² SGB I, § 15

künfte durch eine Stelle sicherzustellen. Wenn erkennbar ist, dass Bürger einen Antrag auf Gewährung einer Sozialleistung stellen möchten, haben die LT darauf hinzuwirken, dass Antragsformulare eingereicht, klare Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden. Schließlich haben unzuständige LT Anträge an den jeweils zuständigen weiterzuleiten³. Demzufolge dürfen Sie beispielsweise einen Antrag an das Versorgungsamt auch bei Ihrer KK, im Gemeindeamt oder sogar, im Falle eines Auslandsaufenthalts, bei den amtlichen Vertretungen der BRD im Ausland abgeben.

15

Nochmals: Im Zweifel hat die KK Ihnen Auskunft über den jeweils zuständigen LT zu erteilen. Dabei bitte nicht vergessen: Sie können dort zwar anrufen, aber ich empfehle auch hierfür einen Dreizeiler, versandt nach der Methode „Fax + Brief“, nach folgendem Muster:

16

Muster 2 – Auskunft

Name

Straße PLZ Ort

Vorab per Fax: (Fax-Nr. ...) - insgesamt eine Seite

Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Datum

Bitte um Auskunft: Zuständiger Leistungsträger

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beabsichtige, einen Antrag auf stationäre Reha zu stellen. Bitte teilen Sie mir gem. § 15 II SGB I den zuständigen Leistungsträger mit, einschließlich der Anschrift.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

³ SGB I, § 15

5. Antrag

17

In welcher Form sind Anträge zu stellen? **Schriftlich!** Ich rate von mündlichen Anträgen ab. Ein Gespräch am Telefon oder in der Filiale der KK sollte nur der eigenen Information dienen. Anträge jedoch sind aus Gründen der Rechtssicherheit schriftlich zu stellen. Hierzu würde ein handschriftlich beschriebener Zettel genügen, worauf steht:

18

Muster 3 – Antrag 1

Name

Straße PLZ Ort

Vorab per Fax: (Fax-Nr. ...) - insgesamt eine Seite

Deutsche Rentenversicherung Bund

Straße

PLZ Ort

Datum

Antrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich bei Ihnen einen Antrag auf Gewährung einer Kur zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Informieren Sie mich bitte schriftlich darüber, wie in dieser Sache weiter zu verfahren ist.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

19

Ein solcher Dreizeiler ist juristisch ausreichend. Der LT kann erkennen, dass ein Antrag vorliegt und Sie die Leistung nicht irgendwann, sondern so schnell wie möglich erwarten. Sodann ist er verpflichtet, Ihnen die entsprechenden Formulare zuzusenden. Außerdem hat er nachzufragen, ob vielleicht eine stationäre Reha-Maßnahme gemeint ist. Und

schließlich muss er Ihnen alle notwendigen Informationen geben, welche für eine Entscheidung erforderlich sind. Der Gesetzgeber verpflichtet übrigens alle LT darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise umfassend und zügig erhält.⁴ Daran sollten Sie den jeweiligen Mitarbeiter erinnern, wenn Sie von ihm Wochen nach Stellung des Antrags nichts gehört bzw. gelesen haben.

20

Ziel des Antrags ist eine Entscheidung des LT, die zumeist in Form eines schriftlichen Bescheids ergeht. Es ist wichtig, dass ein Antrag beim LT nachweisbar ankommt. Ohne Beweis des Zugangs könnte der LT sich nach monatelanger Untätigkeit möglicherweise mit der Behauptung vor rechtlichen Folgen schützen, er habe gar keinen Antrag erhalten. Um dies zu vermeiden, haben Sie zwei Möglichkeiten. Entweder Sie geben den Antrag direkt beim LT ab und lassen sich den Eingang auf der Antragskopie mit Datum, Unterschrift und Stempel bestätigen oder Sie senden ihn nach der Methode „Fax + Brief“ dort hin. Ich empfehle grundsätzlich Letzteres, weil es rechtssicher ist. Zwar würde ein Zettel wie in Muster 3 juristisch ausreichen, aber ein Antrag darf auch so formuliert sein:

21

Muster 4 – Antrag 2

Name

PLZ Ort Straße

Vorab per Fax: (Fax-Nr. ...) – insgesamt eine Seite

Versorgungsamt

Straße

PLZ Ort

Datum

Antrag auf GdB / Merkzeichen

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich einen GdB von 100 sowie die Merkzeichen „G“ und „RF“ zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Bitte informieren Sie mich schriftlich darüber, wie in dieser Sache zu verfahren ist. Sollten Sie noch Angaben oder Unterlagen von mir benötigen, stehe ich Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

⁴ SGB I, § 17

22

Mit einem solchen Antrag setzen Sie das Sozialrechtsverfahren in Gang und lösen Handlungspflichten der LT sowie den Beginn von Fristen aus. Damit haben Sie sich entschieden, den Sozialrechtsweg zu beschreiten, notfalls bis zum BSG.

23

Manche Bürger stellen aus falscher Zurückhaltung keinen Antrag oder nur, weil sie nicht wissen, wo und wie sie ihn stellen sollen. Wer jedoch einen Antrag gestellt hat, merkt zumeist, dass dieser eher unkompliziert ist. Die LT arbeiten mit Formularen, die alle wichtigen Fragen enthalten, welche zur Bearbeitung von Anträgen erforderlich sind. Falls notwendig, fordern Sie von den Antragstellern ergänzende Informationen oder Unterlagen. Das deutsche Sozialrecht will es den Bürgern möglichst leicht machen, ihre Anliegen zu formulieren und durchzusetzen. Deshalb sollten Sie immer Anträge stellen, selbst wenn Sie bloß vermuten, dass Sie vielleicht einen Anspruch haben könnten. Das Schlimmste, was Ihnen passieren könnte, wäre eine Ablehnung Ihres Antrags.

6. Mitwirkungspflichten

24

Wer Ansprüche gegenüber LT geltend machen will, muss diese in die Lage versetzen, darüber entscheiden zu können. Die LT sind zwar zur Ermittlung des Sachverhalts verpflichtet⁵, doch diese benötigen hierbei die Mitarbeit der Bürger. Deshalb regelt das SGB die Mitwirkungspflichten⁶, die insbesondere umfassen:

- a Angabe aller wesentlichen Tatsachen,
- b Erteilung von Auskünften von sog. Dritten, z. B. Ärzten,
- c Bezeichnung sowie Vorlage von Beweismitteln und
- d Besuch von ärztlichen Untersuchungen.

25

Dieser Pflichtenkatalog regelt Selbstverständliches. Ein LT muss alle wichtigen Unterlagen und Informationen bekommen, um eine sachgerechte und schnelle Entscheidung treffen zu können. Sie sollten deshalb bei jedem Antrag bemüht sein, ihm ohne Zögern alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung zu stellen, welche er für die Bearbeitung braucht. Üblicherweise stellen Sie den Antrag und erhalten nicht nur eine Ein-

⁵ SGB X, § 20

⁶ SGB I, §§ 60 – 67, SGB X § 21 Abs. II

gangsbestätigung, sondern auch ein Antragsformular. Mit dem möglichst vollständigen Ausfüllen des Formulars erfüllen Sie Ihre Mitwirkungspflichten (s. oben: a-c).

26

Wenn Sie z. B. einen Antrag stellen, erhalten Sie ein Antragsformular auf „Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und von Merkzeichen“. Die folgenden Erläuterungen erfolgen anhand des Berliner Formulars. Dort fragt man unter anderem nach Ihren Behinderungen/Leiden.

27

Bild 1 **Behinderungen/Leiden**

1. Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen/Leiden bestehen bei Ihnen? Bitte geben Sie nur Behinderungen an, die bei der Feststellung berücksichtigt werden sollen und bei Neufeststellung nur die Behinderungen, die sich verschlimmert haben bzw. neu hinzugekommen sind.	Name des behandelnden Arztes	Ursachen, z. B. Unfall, Arbeitsunfall, angeborenes Leiden, Krankheit, Kriegsleiden
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

28

Hier sollten Sie alle aktuellen gesundheitlichen Leiden benennen, keinesfalls nur jene, welche Sie selbst für entscheidend halten. Es geht um Vollständigkeit. Der LT muss nur jene Sachverhalte prüfen, welche ihm bekannt sind. Vergessen Sie z. B. die Angabe des Diabetes, fließt dieser vielleicht nicht in die Entscheidung ein.

29

Des Weiteren sollen Sie ankreuzen, welche Merkzeichen Sie begehren, und zwar „Ihrer Meinung nach“.

Bild 2 **Merkzeichen**

3. Infolge Ihrer Behinderungen / Leiden sind Sie Ihrer Meinung nach
<input type="checkbox"/> zur Mitnahme einer Begleitperson bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln berechtigt (B).
<input type="checkbox"/> erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (G).
<input type="checkbox"/> außergewöhnlich gehbehindert (aG), weil Sie sich nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb eines Fahrzeugs bewegen können (z. B. weil Sie querschnittgelähmt, doppelbeinamputiert oder Rollstuhlfahrer sind).
<input type="checkbox"/> wegen der Notwendigkeit dauernder Pflege in erheblichem Umfang hilflos (H).
<input type="checkbox"/> ständig gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen oder stark sehbehindert bzw. stark hörbehindert (RF).
<input type="checkbox"/> blind (BL).
<input type="checkbox"/> gehörlos (GL).

30

Das „Ihrer-Meinung-nach“ sollten Sie wörtlich nehmen. Falls Sie unsicher sind, kreuzen Sie lieber mehr an, denn das Amt hat zu prüfen, ob Ihnen das jeweilige Merkzeichen zusteht. Vorsorgliches Weglassen von Kreuzen wäre falsch.

31

Außerdem werden Sie nach den ärztlichen Behandlungen, den Krankenhausbehandlungen und den Kuren/Reha-Behandlungen der letzten drei Jahre gefragt.

5. Ärztliche Behandlungen wegen einer Behinderung in den letzten 3 Jahren?

Hausarzt	
Name, Anschrift	Behandlungszeitraum: von/bis
Telefon, Fax:	

Fachärzte (bitte Fachrichtung benennen)	
1) Name, Anschrift	Behandlungszeitraum: von/bis
Telefon, Fax:	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2) Name, Anschrift	Behandlungszeitraum: von/bis
Telefon, Fax:	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3) Name, Anschrift	Behandlungszeitraum: von/bis
Telefon, Fax:	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Krankenhausbehandlung wegen einer Behinderung in den letzten 3 Jahren?

Krankenhaus, Name, Anschrift	Behandlungszeitraum: von/bis
Station, Behandlungsgrund	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenhaus, Name, Anschrift	Behandlungszeitraum: von/bis
Station, Behandlungsgrund	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Kurbehandlung/Reha-Behandlung wegen einer Behinderung in den letzten 3 Jahren?

Kuranstalt/Kostenträger, Name, Anschrift	Behandlungszeitraum: von/bis
Aktenzeichen, Behandlungsgrund	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren von einer anderen Stelle untersucht, z. B. Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit, Medizinischer Dienst der Krankenkasse oder sonstige?

<input type="checkbox"/> ja am: 	Stelle, Anschrift:	Aktenzeichen
-------------------------------------	--------------------	--------------

Auch hier müssen Sie um Vollständigkeit bemüht sein. Darüber hinaus fragt das Formular nach Ihrer KK und etwaigen Leistungen der Renten- bzw. Pflegeversicherung. Selbstverständlich können Sie die Angaben notfalls auf Anlage-Blättern fortsetzen, wenn der Platz auf den Formularen nicht reicht. Bedenken Sie: Geben Sie wenige Daten an, muss der LT den Sachverhalt nur gering ermitteln. Sie haben jedoch ein Interesse daran, dass er Ihre besondere Situation versteht und eine Ihrem Einzelfall angemessene Entscheidung treffen könnte!

Schließlich müssen Sie bereits im Antrag eine sog. Einwilligungserklärung abgeben, die den LT berechtigt, von allen Stellen Informationen und Unterlagen einzuholen, die zur Aufklärung des Sachverhalts beitragen können, z. B. von Ärzten und der KK. Zugleich müssen Sie die zu befragenden Stellen von deren Schweigepflicht entbinden.

V. Einwilligungserklärung

Hinweis:

Die diesem Antrag beiliegenden Einwilligungserklärungen bitte ebenfalls ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden, Sie werden zur Anforderung von Unterlagen den von Ihnen genannten Stellen übersandt.

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass in dem durch meinen Antrag nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) eingeleiteten Verwaltungsverfahren und einem sich evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren bei den von mir benannten Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch private), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden die notwendigen Auskünfte und Unterlagen, auch soweit sie von anderen Ärzten und Stellen erstellt sind, von der Versorgungsverwaltung angefordert werden können. Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir genannten behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von dem/den geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten.

Folgende Ärzte und Einrichtungen schließe ich von dieser Einwilligung aus:

Berlin, den _____

Unterschrift (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw. Betreuung)

36

Mit dem Ausfüllen und Absenden des Antrags sowie der Erklärungen haben Sie zunächst alles getan, aber weitere Mitwirkungen können erforderlich sein. Jetzt wird der LT auf der Grundlage Ihrer Angaben über Art und Umfang seiner Sachverhaltsermittlung entscheiden. Er fordert z. B. Befund- und Reha-Entlassungsberichte an. Mitunter beauftragt er auch den Medizinischen Dienst oder einen Arzt mit der Erstellung von Stellungnahmen oder Gutachten.

37

Zuweilen werden Sie aufgefordert, beim Gutachter persönlich zu erscheinen (d). Diese Form der Mitwirkung ist nicht nur relativ aufwendig, sondern führt zu einem wichtigen Beweismittel – dem Gutachten. Hier sollte nichts an Ihrer Mitwirkung scheitern.

38

Für den Fall, dass Sie Mitwirkungspflichten verletzen, kann der LT die beantragte Leistung versagen⁷. Dies sollten Sie durch schnelle und vollständige Mitarbeit verhindern. Dennoch gibt es Grenzen für Ihre Mitwirkung⁸. Hier müsste ein langer Beispielkatalog erscheinen, doch das würde den Rahmen sprengen. Grundsätzlich gilt: Sie stellen dem LT jene Informationen und Unterlagen zur Verfügung, über die Sie ohnehin verfügen oder die Sie mühelos beschaffen können. Alles Andere hat er im Rahmen seiner Amtsermittlungspflicht selbst beizubringen. Hat Ihnen beispielsweise eine Reha-Klinik einen Entlassungsbericht mitgegeben, senden Sie dem LT eine Kopie. Eine Aufforderung, Sie mögen den Entlassungsbericht bei der Klinik anfordern und diesen an den LT weiterleiten, ist jedoch überzogen. Schließlich haben Sie ihm längst mitgeteilt, wann und wo Sie zur Reha waren. Der LT muss sich die notwendigen Unterlagen dort selbst beschaffen. Einen Gutachtertermin sollten Sie dringend wahrnehmen, es sei denn, Sie haben triftige Gründe gegen die Begutachtung oder den Gutachter. Eine Verletzung dieser Pflicht wird regelmäßig gegen Sie ausgelegt. Natürlich können Sie einen Gutachter nicht aufsuchen, wenn Sie akut schwer erkrankt sind. Allerdings sollten Sie sowohl den Gutachter als auch den LT über Ihre kurzfristige Verhinderung informieren; mindestens telefonisch, am besten jedoch per Fax.

⁷ SGB I, § 66

⁸ SGB I, § 65

7. Einstweilige Anordnung (EAO)

39

Der übliche Sozialrechtsweg führt vom Antrag über Bescheid, Widerspruch, Widerspruchsbescheid und Klage zur Berufung. Das ist das so genannte Hauptsacheverfahren, in welchem die LT und die Gerichte die Sach- und Rechtslage gründlich prüfen sollen. Diese Verfahren dürfen leider bis zu sieben Jahre dauern, ohne den LT oder Gerichten Bummelei vorwerfen zu können. Eine solche Wartezeit ist für jeden belastend, muss aber in der Regel in Kauf genommen werden. Diese Regel kann jedoch unter bestimmten Voraussetzungen durchbrochen werden, wenn es z. B. um Leben und Tod geht, die Vermeidung von schwerwiegenden Gesundheitsschäden oder die finanzielle Existenz. In derartigen Fällen sollte man die „Schnellstraße“ nehmen, nämlich die EAO. Der Jurist spricht hier vom einstweiligen Rechtsschutz, weil die Gerichte vergleichsweise kurzfristig eine einstweilige Entscheidung über den Antrag treffen. „Kurzfristig“ bedeutet meistens innerhalb von ca. drei Monaten. Ergebnis kann sein, dass das SG den LT zur sofortigen Leistung verpflichtet. Damit würde das EAO-Verfahren enden und nur das Hauptsacheverfahren weiterlaufen, falls der LT den Anspruch immer noch nicht anerkennt.

40

Im Wesentlichen geht es bei der EAO um zwei Fallkonstellationen: Entweder um das Nicht-Gewähren einer beantragten Leistung oder um das Entziehen einer bisher gewährten Leistung. Hierbei kann es sich beispielsweise um Rente handeln oder Krankengeld, Medikamente, Hilfsmittel und bestimmte Behandlungsmethoden. Bei allen dringenden Angelegenheiten sollten Sie von Beginn an nicht nur einen Antrag beim LT stellen, sondern zugleich einen Antrag auf Erlass einer EAO beim SG. Die EAO kann man auch später stellen, wenn sich z. B. Ihre gesundheitliche Situation im Verfahrensverlauf verschlechtert, d. h. auch während des Widerspruchs- oder Klageverfahrens. Mit dem EAO-Antrag setzen Sie ein zusätzliches „Sprint“-Verfahren in Gang. Dann laufen zwar zwei Verfahren nebeneinander, aber das EAO-Verfahren wird vorrangig betrieben.

41

Die EAO ist bei jenem SG zu beantragen, welches auch für die Klage zuständig wäre. Sie können sich an die Rechtsantragsstelle des SG wenden. Dort wird man Ihnen kostenlos helfen. Sie müssen alle Unterlagen mitnehmen, die zur Darstellung des Sachverhalts nützlich sein könnten. Benötigt werden Kopien Ihres Antrags an den LT, des ablehnenden Bescheids, des sonstigen Schriftverkehrs im Zusammenhang mit dem Antrag und der relevanten, medizinischen Unterlagen der letzten zwei Jahre, über welche Sie verfügen. Wenn Sie keine Möglichkeit des Kopierens haben, nehmen Sie die Originale mit. Das SG teilt Ihnen mit, ob es von Ihnen weitere Unterlagen braucht. In jedem Fall wird es umgehend die Verwaltungsakte des LT anfordern und die Sach- und Rechtslage prüfen. Es kann oft schon anhand dieser Unterlagen über den Antrag ohne mündliche Verhandlung entscheiden. Nur in Ausnahmefällen führt es eine Verhandlung durch.

42

Das SG erlässt die EAO nur, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind. Zum einen muss grundsätzlich ein Anspruch auf die begehrte Leistung bestehen und zum anderen muss die Leistung dringend erforderlich sein. Dringlichkeit ist gegeben, wenn die Gefahr besteht, dass die Verwirklichung eines Rechts vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Sie kann aber auch darin bestehen, einen drohenden wesentlichen Nachteil abzuwenden⁹. Selbstverständlich sind zu erwartende gesundheitliche Schäden oder der drohende Tod immer wesentliche Nachteile im Sinne des Gesetzes!

43

Das SG beendet das EAO-Verfahren durch einen Beschluss, gegen den der LT und die Antragsteller Beschwerde einlegen können. Über diese entscheidet das LSG ebenfalls innerhalb weniger Wochen. Übrigens ist auch das EAO-Verfahren für die Bürger kostenlos. Es gibt also kein finanzielles Risiko. Dennoch gilt: Eine Rechtsschutzversicherung (RSV) und ein Rechtsanwalt können im EAO-Verfahren sehr förderlich sein.

44

Die EAO ist die schärfste juristische Waffe der Bürger bei der Durchsetzung von dringlichen Ansprüchen gegenüber den LT. Leider kennen viele Bürger die EAO nicht und ziehen diese entweder nicht oder zu spät in Betracht. Erstaunlicherweise müssen die LT die Bürger nicht einmal in den Rechtsbehelfsbelehrungen von Bescheiden und Widerspruchsbescheiden auf die Möglichkeit der EAO hinweisen¹⁰, obwohl dies zu deren Beratungspflichten gehören sollte.

45

Für Sie gilt: Je größer die Notlage, desto früher müssen Sie einen Antrag auf Erlass einer EAO in Erwägung ziehen! In akuten Fällen brauchen Sie nicht erst den Bescheid abwarten, denn das Antragsverfahren darf bekanntlich sechs Monate dauern. Es ist sogar zulässig, unmittelbar nach Stellung des Antrags an den LT auch eine EAO beim SG zu beantragen. Dies gilt umso mehr, wenn Sie durch Ihre Erfahrungen oder Äußerungen von Mitarbeitern wissen, dass der LT Ihren Antrag sehr wahrscheinlich nur schleppend bearbeiten oder ablehnen wird. Hat das SG eine EAO erlassen und den LT verpflichtet, Ihnen die beantragte Leistung vorläufig zu gewähren, dann können Sie den Verlauf des Hauptsacheverfahrens mit Gelassenheit verfolgen.

⁹ § 86 b Sozialgerichtsgesetz (SGG)

¹⁰ s. § 36 SGB X

8. Untätigkeitsklage (UTK)

46

Nach Stellung eines Antrags erwartet man schnellstmöglich einen Bescheid. Die LT senden oft kurzfristig eine schriftliche Eingangsbestätigung von Anträgen, verbunden mit der Bitte um Geduld und dem Hinweis, dass Nachfragen zum Bearbeitungsstand nicht nötig seien. Die LT versprechen, sich unaufgefordert zu melden. Mitunter vergehen dann Monate, entweder ohne weitere Nachrichten oder nur mit inhaltenden Zwischeninformationen.

47

Für Antragsteller erhebt sich die Frage, innerhalb welcher Frist ein LT den Bescheid erlassen muss. Zum einen geht es hier darum, dass man eine baldige Entscheidung erwartet und zum anderen, für den Fall der Ablehnung des Antrags, dass man den Sozialrechtsweg ohne unnötige Wartezeit durch Einlegung des Widerspruchs fortsetzen kann. Ohne Bescheid bzw. Widerspruchsbescheid kommt man auf dem Sozialrechtsweg nicht voran. Der Weg zum hoffentlich helfenden SG bleibt verschlossen!

48

Das Gesetz¹¹ regelt, unter welchen Voraussetzungen eine UTK zulässig ist, nämlich:

1. seit Antragstellung müssen sechs Monate vergangen sein und
2. es darf kein zureichender Grund für das Nichterteilen des Bescheids vorliegen.

Dies bedeutet, dass Antragsteller auf einen Bescheid mindestens sechs Monate warten müssen, ohne rechtlich gegen den LT vorgehen zu können. Darüber hinaus kann diese Frist verlängert werden, wenn der LT einen so genannten „zureichenden“ Grund vorgeben kann. Gemeint ist ein Grund, den die SG akzeptieren. Dies ist beispielsweise dann gegeben, wenn der Antrag einem Gutachter vorgelegt wurde, der LT jedoch auf das Gutachten warten muss. Auch eine vorübergehende besondere Belastungssituation eines LT wird von den SG als zureichender Grund angesehen. Das Vorliegen eines zureichenden Grundes kann das Warten auf einen Bescheid um Monate verlängern.

49

Liegt der Bescheid vor und ist hiergegen Widerspruch eingelegt, hat der LT weitere drei Monate Zeit, um den Widerspruchsbescheid zu erlassen. Vor Ablauf dieser Frist kann man keine UTK erheben und auch hier ist eine Verlängerung der Frist möglich, wenn ein zureichender Grund vorliegt.

50

Wenn jedoch die Fristen abgelaufen sind und die LT den Antragstellern keine ausreichenden Gründe für die Nichterteilung mitgeteilt haben, sollte man unverzüglich die UTK beim SG erheben. Dies kann man entweder direkt in der Rechtsantragsstelle tun, wo man die erforderliche Formulierungshilfe bekommt, oder nach der Methode „Fax + Brief“.

¹¹ § 88 SGG

Gegenstand der UTK ist ausschließlich, den LT zu zwingen, endlich einen Bescheid bzw. Widerspruchsbescheid zu erlassen. Deshalb benötigt man für die Klage Kopien des Antrags sowie ggf. der Antwortpost des LT. Wenn es sich um das Widerspruchsverfahren handelt, sind zusätzlich Kopien des Bescheids, des Widerspruchs, der Widerspruchsbeurteilung und der etwaigen Antwortpost des LT erforderlich. Aus diesen Unterlagen muss das SG erkennen können, dass die Fristen abgelaufen sind und vom LT kein zureichender Grund für die Nichterteilung des Bescheids bzw. Widerspruchsbescheids erklärt wurde.

51

Muster 5 – Untätigkeitsklage

Name

PLZ Ort Straße

Vorab per Fax: Fax-Nr. - insgesamt eine Seite
- Unterlagen per Post

Sozialgericht

Straße

PLZ, Ort

Datum

Untätigkeitsklage

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen das Versorgungsamt ... Untätigkeitsklage. Unter dem ... beantragte ich die Feststellung eines GdB von 50 sowie das Merkzeichen „G“. Daraufhin erhielt ich am ... lediglich eine Zwischennachricht. Trotz meiner schriftlichen Sachstands-anfrage vom ... liegt mir der Bescheid immer noch nicht vor, und Gründe hierfür hat man mir nicht mitgeteilt. Aus diesen Gründen sehe ich mich zur Klage gedrängt.

Sie erhalten zusammen mit diesem Brief folgende Unterlagen in Kopie:

1. Mein Antrag vom ...
2. Zwischennachricht vom ...
3. Meine Sachstands-anfrage vom ...

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Das SG fordert dann den LT unverzüglich zur Stellungnahme auf, und meistens ergehen die Bescheide innerhalb weniger Wochen. Übrigens ist auch das UTK-Verfahren für Bürger gerichtskostenfrei.

9. Beschwerde

52

Man kann sich natürlich auch jederzeit, also auch ohne Abwarten der oben genannten Fristen, über Bummelei der LT bei Vorgesetzten oder Aufsichtsbehörden beschweren. Aber dies führt weder zu gerichtlicher Hilfe noch ist eine Beschleunigung des Verfahrens garantiert. Eine Dienstaufsichtsbeschwerde über einen zu langsam arbeitenden Mitarbeiter eines LT kann für diesen im Einzelfall zwar unangenehm sein und zu einem Eintrag in den Personalunterlagen führen, aber als Waffe im Kampf um eine möglichst schnelle Entscheidung der LT ist die Beschwerde eher ungeeignet.

10. Selbstbeschaffung von Leistungen

53

Es kommt vor, dass Bürger die zeit- und kraftraubenden Sozialrechtsverfahren scheuen und sich eine Leistung selbst beschaffen, ohne einen Antrag beim LT zu stellen. Manche meinen, sie haben ohnehin einen Anspruch auf die begehrte Leistung, nehmen diese zunächst in Anspruch und holen sich das Geld später vom LT zurück. Andere wiederum stellen zwar einen Antrag, warten aber den Bescheid nicht ab, z. B. weil ihnen die Bearbeitung zu lange dauert. Denkbare Leistungen sind beispielsweise Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel sowie stationäre Reha-Maßnahmen.

54

In derartigen Fällen besteht die Gefahr, auf den Kosten sitzen zu bleiben. Die Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen ist zwar im Gesetz vorgesehen¹², aber nur unter bestimmten Voraussetzungen. Eine Kostenerstattung ist nur möglich, wenn

1. es sich um eine unaufschiebbare Leistung handelt und
2. die KK den Antrag zu Unrecht abgelehnt hat und
3. die Leistung notwendig war.

55

Wenn die KK die Kosten für ein bestimmtes Medikament nicht oder nicht mehr übernimmt, dieses aber für die Behandlung dringend erforderlich ist, dann handelt es sich ggf.

¹² § 13 Abs. III SGB V

um eine unaufschiebbare Leistung, die zugleich notwendig ist. Lehnt sie einen Antrag auf Kostenübernahme durch einen Bescheid ab, kann man es auf der Grundlage einer kassenärztlichen Verordnung kaufen und von der KK die Erstattung der Kosten verlangen. In diesem Fall sollte man z. B. folgenden Dreizeiler senden:

56

Muster 6 – Antrag 3, Kostenerstattung

Name

Straße PLZ Ort

Vorab per Fax: Fax-Nr. - insgesamt zwei Seite/n
- Unterlagen per Post

Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Datum

Antrag auf Kostenerstattung für das Medikament ...

Vers.-Nr.: ...

Unterlagen: Kaufquittung vom ...

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten zusammen mit diesem Brief die oben genannten Unterlagen im Original. Meinen Antrag vom ... auf Kostenübernahme für das Medikament ... haben Sie mit Bescheid vom ... abgelehnt, trotz ärztlicher Verordnung. Da die Behandlung mit diesem Medikament jedoch zur Vermeidung von gesundheitlichen Risiken dringend notwendig ist, musste ich es mir zur Sicherung der ununterbrochenen Behandlung selbst kaufen. Bitte überweisen Sie bis zum ... (Frist von drei Wochen!) den Kaufbetrag in Höhe von ... auf mein Kto. ..., BLZ ..., bei der ...

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

57

Wie bei allen rechtlich wichtigen Angelegenheiten, sollten Sie diesen Antrag vorab faxen, den Antrag und den Original-Kaufbeleg zusätzlich mit einfachem Brief absenden und Kopien des Antrags sowie des Kaufbelegs zusammen mit dem Fax-Sendebericht aufheben.

58

Mit einem solchen Antrag beginnt kein neues Sozialrechtsverfahren, sondern das bereits laufende, in welchem die KK einen ablehnenden Bescheid erließ, wandelt sich um: Es geht nicht mehr um die zukünftige Gewährung der Sachleistung, sondern um die Kostenerstattung der bereits in Anspruch genommenen Leistung. Dabei ist Folgendes zu beachten: Die Bürger tragen das Kostenrisiko, denn bis zum Abschluss des Verfahrens ist unsicher, ob die KK letztlich durch ein Gericht zur Zahlung verurteilt wird. Dies hängt von den Umständen des jeweiligen Einzelfalles ab. Dennoch hat dieses Vorgehen insbesondere immer dann seine Berechtigung, wenn die Bürger sich die jeweilige Leistung ohnehin beschaffen wollen bzw. müssen. Durch den Antrag auf Kostenerstattung nach abgelehntem Antrag auf Gewährung der Sachleistung erhält man sich die Chance, die Kosten letztlich erstattet zu bekommen. Vor allem immer dann, wenn es um Leistungen geht, welche Sie zur Erhaltung Ihrer Restgesundheit dringend benötigen, sollten Sie die Möglichkeit der Selbstbeschaffung ernsthaft prüfen. Juristisch wichtig ist hier, dass Sie zunächst einen Antrag gestellt haben, den die LT abgelehnt haben müssen. Nur unter dieser Voraussetzung kommt eine Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen in Frage!

59

Da Sie Ihre Zahlungsansprüche notfalls noch nach Jahren im Gerichtsverfahren beweisen müssen, sollten Sie mit Hilfe des oben genannten Dreizeilers nicht nur erklären, dass Sie die Originalbelege an den LT gesandt haben, sondern die Kopien der Belege sicher aufbewahren.

11. Medizinische Gutachten

60

Die meisten Sozialrechtsverfahren im Zusammenhang mit Kranken-, Pflege- und Rentenversicherungen sowie mit dem Schwerbehindertenrecht werden auf der Grundlage von medizinischen Gutachten entschieden. Dies gilt immer dann, wenn es für die Geltendmachung von Ansprüchen auf die konkrete gesundheitliche Situation der Bürger ankommt. Wenn man z. B. ein Hilfsmittel bei der KK beantragt, muss diese durch den MDK prüfen lassen, ob das Hilfsmittel medizinisch notwendig ist. Bei einem Antrag auf Pflegeleistungen prüft die Pflegekasse, aufgrund welcher gesundheitlichen Leiden Hilfebedarf bei bestimmten Verrichtungen besteht. Beantragt man bei der Rentenversicherung eine volle

Erwerbsminderungsrente, prüfen Gutachter, ob man aus gesundheitlichen Gründen nur noch weniger als drei Stunden täglich arbeiten kann. Bei Anträgen auf GdB und Merkzeichen prüfen die LT, ob die entsprechenden gesundheitlichen Voraussetzungen vorliegen. Übrigens: die Masse der Gutachten erfolgt lediglich anhand der Aktenlage, d. h. ohne persönliche Untersuchung.

61

Die LT sind zur Prüfung des jeweiligen Sachverhalts gesetzlich verpflichtet. Sie entscheiden, welchen Arzt sie mit der Begutachtung beauftragen, und nicht selten geben sie im Verlauf eines Verfahrens mehrere Gutachten in Auftrag. Hierbei ist Folgendes zu beachten: Die Bürger haben keinen Einfluss darauf, welche Ärzte die LT beauftragen. Sie können die LT zwar bitten, bestimmte Ärzte auszuwählen, aber nicht zwingen. Dies führt zu folgendem Problem: Die LT können Gutachter beauftragen, die zwar auf ihrem jeweiligen Fachgebiet kompetent sind, aber nicht auf den Fachgebieten, um die es in dem Gutachten geht. Hier liegen mitunter keine bzw. nur unzureichende Kenntnisse oder praktische Erfahrungen vor. Diese Gefahr besteht vor allem bei relativ kleinen Patientengruppen. Zwar sind die Gutachter verpflichtet, Aufträge abzulehnen, wenn ihnen die erforderliche Sachkunde fehlt, doch daran halten sich nicht alle. Wenn solche Ärzte auch noch darauf verzichten, sich das erforderliche Spezialwissen vor Erstellung des Gutachtens anzueignen, dann entstehen Gutachten, die bei sachkundigen Lesern Erstaunen auslösen.

62

Das Folgeproblem derartig inkompetenter Gutachten besteht darin, dass diese den LT zur Ablehnung von Anträgen dienen. Die Sachbearbeiter verfügen in der Regel über keine ärztliche Sachkunde und haben ihre Entscheidungen auf der Grundlage der gutachtlichen Einschätzungen zu treffen. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Gutachten auch in den anschließenden Gerichtsverfahren Wirkung entfalten. Sie sind Beweismittel, welche auch die Gerichte berücksichtigen müssen. Während des Gerichtsverfahrens ordnen die Richter meistens eine weitere Begutachtung an, doch auch hier treten dieselben Probleme auf. Es ist nicht sicher, dass die Richter sich in die speziellen gesundheitlichen Belange der jeweiligen Patienten einlesen, und ebenso unsicher ist, ob sie kompetente Gutachter auswählen. Falls auch diesen Gutachten die erforderliche Sachkunde fehlt, gibt es nur eine Chance, das Verfahren zu gewinnen: Das Gutachten nach § 109 SGG, hierzu verweise ich auf das nächste Kapitel.

Im Zusammenhang mit einer persönlichen Begutachtung ist das Folgende zu beachten:

63

a)
Die LT verfügen über Ärzte, die regelmäßig Gutachten für sie schreiben.

b)
Es besteht oft ein großer Unterschied zwischen dem, was die Gutachter während einer

persönlichen Untersuchung erklären und dem, was später im Gutachten steht. Die Bürger sind nicht selten überrascht.

c)
Wenn möglich, sollte man eine Begleitperson mitnehmen, z. B. als Zeugen für den Verlauf der Begutachtung. Manche Gutachter lassen die Anwesenheit von Begleitpersonen zu, andere sind strikt dagegen. Die Gründe gegen die Anwesenheit von Begleitpersonen sollte man ausdrücklich erfragen.

d)
Das Gesetz regelt zwar die Mitwirkungspflichten der Bürger, aber diese haben Grenzen. Sie müssen z. B. keine Untersuchungen dulden, die Ihnen Schmerzen bereiten oder Ihre Gesundheit gefährden.

e)
Ebenso fragwürdig sind beabsichtigte „eigene“ Befunderhebungen der Gutachter, obwohl aktuelle Befunde vorliegen.

Vor jeder persönlichen Begutachtung empfehle ich Ihnen die Lektüre von Kapitel 2 des Buches „Der große Ratgeber für Behinderte und Pflegebedürftige“ von Franz Bauer, dessen bezeichnende Überschrift lautet: „Vorsicht Gut-, Bös- und Schlechtachter“, ISBN 3-430-11195-1.

Franz Bauer ist Sozialrichter, selbst schwerbehindert und gibt zahlreiche Hinweise, wie man sich auf einen solchen Termin vorbereiten und was man während der Begutachtung beachten sollte, insbesondere wann man eine Begutachtung als Patient abrechnen darf.



64

2. § 109–Gutachten

65

Das § 109–Gutachten ist oft die einzige Aussicht auf eine reale medizinische Einschätzung der Bürger während des gesamten Verfahrens. Die Bürger dürfen den Gerichten Gutachter benennen, die sie beauftragen müssen, es sei denn, es gibt berechtigte Einwände! Dies können behandelnde Ärzte sein, aber auch Ärzte, von denen man weiß bzw. hörte, dass sie die erforderliche Sachkunde besitzen. Allerdings beauftragen die Richter diese Gutachter erst dann, wenn die Bürger einen Kostenvorschuss zahlen, der erfahrungsgemäß mindestens 1.000,- EUR beträgt. Das § 109–Gutachten ist oft von entscheidender Bedeutung für den Ausgang des Verfahrens. Wer sich ein solches Gutachten nicht leisten kann, wird das Verfahren mit hoher Wahrscheinlichkeit verlieren! Der Grund für die schlechten Prozessaussichten liegt darin, dass man den Sozialrechtsweg bis zum Sozialgericht nur dann beschreiten muss, wenn Anträge abgelehnt werden. Die Ablehnung wiederum erfolgt üblicherweise unter Verweis auf medizinische Gutachten, die im Auftrag der LT entstanden und medizinisch begründen, warum eine beim LT beantragte Leistung medizinisch nicht notwendig sein soll, d. h. nicht gewährt werden muss.

66

Außerdem ist ein weiterer Risikofaktor zu berücksichtigen. Keinesfalls darf man von den „eigenen“ Gutachtern Gefälligkeitsgutachten erwarten. Auch sie können zu dem Ergebnis kommen, dass den Bürgern die beantragte Leistung aus medizinischen Gründen nicht zusteht. Aber ein kompetentes Gutachten sollte wenigstens dazu geeignet sein, den Rechtsfrieden herzustellen, indem es die Bürger nachvollziehbar davon überzeugt, dass weiteres Prozessieren aussichtslos ist. Dies ist erfahrungsgemäß immer dann der Fall, wenn die Bürger sehen, dass ihre tatsächliche gesundheitliche Situation in dem Gutachten zutreffend erfasst wurde.

67

Die Entscheidungen der SG fallen oft auf der Grundlage von Gutachten. Die LT haben immer „eigene“ Gutachten. Deshalb brauchen die Bürger dringend „eigene“ Gutachten, um jenen der Gegenseite etwas Wirksames entgegensetzen zu können. Selbst wohlgesonnene Richter können den Bürgern nicht zu ihrem Recht verhelfen ohne Beweismittel, die deren Position stützen.

68

Aus den genannten Gründen müssen Sie langfristig einen Arzt suchen, der bei Bedarf bereit ist, ein § 109–Gutachten zu erstellen. Dieses ist wahrscheinlich Ihr einziges Trumf-Ass vor Gericht! Mit der Suche sollten Sie bereits beim ersten Schritt auf dem Sozialrechtsweg beginnen, also schon bei Stellung des Antrags.

¹³ § 109 SGG

13. Bescheid

69

Hat man seinen Antrag vollständig beim LT eingereicht und ihm alle Informationen sowie Unterlagen gegeben, die er für seine Entscheidung benötigt, erwartet man dessen möglichst schnelle Entscheidung. Auch wenn die LT hierfür sechs Monate Zeit haben, sind sie meistens schneller.

70

Die LT sind nicht verpflichtet, alle Entscheidungen in schriftlicher Form mitzuteilen – dies könnten die ohnehin stark belasteten LT nicht schaffen. Der Jurist spricht hier wegen der enormen Fall-Zahlen von Massenverwaltung, die eine möglichst zweckmäßige Arbeitsweise nicht nur ermöglicht, sondern erzwingt. Aus diesen Gründen ist es üblich und zulässig, die Bewilligungen von Anträgen mündlich mitzuteilen oder, z. B. bei Geldleistungen, diese einfach auszuzahlen. Allerdings haben Bürger das Recht auf eine schriftliche Bestätigung der Entscheidung, müssen diese jedoch unverzüglich verlangen und ein berechtigtes Interesse vorweisen¹⁴. Das berechtigte Interesse kann unter anderem darin bestehen, dass man die Entscheidung der LT gegenüber anderen Behörden nachweisen will. „Unverzüglich“ ist ein juristischer Begriff, der definiert wird als „ohne schuldhaftes Zögern“. In der Regel beträgt die zeitliche Grenze zwei Wochen, doch es ist ratsam, die schriftliche Bestätigung spätestens nach einer Woche zu verlangen, um sich deswegen später nicht mit den LT streiten zu müssen.

71

Dennoch ist im Sozialrecht eine Entscheidung durch schriftlichen Bescheid die Regel, insbesondere bei Ablehnungen von Anträgen. Wenn die LT einen Bescheid erlassen, haben sie diesen zumeist auch zu begründen¹⁵. Dabei müssen sie die wesentlichen Tatsachen und die Rechtsgrundlage mitteilen, auf welche sie ihre Entscheidung stützen. Die Bürger sollen z. B. wissen, welche medizinischen Befunde gegen ihren Antrag sprechen und aufgrund welcher Paragraphen oder Urteile ihnen die jeweilige Leistung angeblich nicht zustehen soll. Doch die Pflicht zur nachvollziehbaren Begründung von Bescheiden wird von den LT nicht selten verletzt. Oft ist nicht zu erkennen, ob die Mitarbeiter sich mit dem Einzelfall überhaupt auseinandergesetzt haben. Die spezielle gesundheitliche Situation wird nicht erfasst, und als juristische Begründung verwendet man teilweise unzutreffende Textbausteine sowie eine anonyme Rechtsprechung des BSG, d. h. ohne Angabe des Aktenzeichens. Manche Bürger lassen sich leider von den zahlreichen Textbausteinen zu sehr beeindrucken. Sie vermuten angesichts der Zeilenflut, es hätte keinen Sinn, das Verfahren fortzusetzen.

72

Ein weiterer Mangel in einigen Bescheiden ist das Fehlen der Rechtsbehelfsbelehrung. Die LT sind verpflichtet, in dem Bescheid deutlich hervorzuheben, dass die Bürger gegen den Bescheid Widerspruch einlegen müssen, wenn Sie verhindern wollen, dass der Bescheid endgültig rechtskräftig wird¹⁶.

¹⁴ § 33 Abs. II SGB X

¹⁵ § 35 SGB X

¹⁶ § 36 SGB X

73

Besonders unübersichtlich wird es für die Bürger, wenn die LT Briefe versenden, die zwar Bescheide sind, aber nicht so bezeichnet werden und auch keine Rechtsbehelfsbelehrung enthalten. Manche LT schreiben zuweilen einen freundlichen Brief, in welchem sie sich für das Schreiben der Bürger (gemeint ist der Antrag) bedanken und lediglich mitteilen, dass sie die begehrte Leistung nicht erbringen könnten.

74

Mitunter erlassen LT Bescheide, die aus wenigen Zeilen bestehen und sowohl von der Form als auch vom Inhalt her ungenügend sind. Dies ändert jedoch nichts daran, dass diese Bescheide Wirkung entfalten. Man muss auch gegen solche „Perlen der Verwaltungstätigkeit“ Widerspruch einlegen, um deren Rechtskraft zu verhindern – sie sind nicht etwa kraft Gesetzes unwirksam.

Falls Sie keine ordentlichen Bescheide erhalten oder unsicher sind, ob das betreffende Schreiben überhaupt ein Bescheid ist, müssen Sie die LT mit einem Dreizeiler zu einer klaren schriftlichen Äußerung auffordern, denn nur gegen einen Bescheid kann man Widerspruch einlegen und den Sozialrechtsweg fortsetzen.

75

Auf dem Bescheid sollten Sie sofort den Tag des Eingangs notieren. Oft liegen Wochen zwischen dem Datum auf dem Bescheid und dem Tag des Eingangs bei Ihnen. Der Beginn der Monatsfrist für den Widerspruch gegen den Bescheid richtet sich nämlich ausschließlich nach dem Tag des Eingangs.

14. Widerspruch und Widerspruchsbegründung

76

Wenn Sie einen Antrag bei einem LT gestellt hatten, dann nicht ohne triftige Gründe. Diese sind durch einen ablehnenden Bescheid nicht entfallen. Deshalb sollten Sie sich von Ihrem ursprünglichen Vorhaben nicht abbringen lassen. Sozialleistungen erhält man mitunter nur durch Beharrlichkeit. Wenn der Bescheid für Sie nicht nachvollziehbar ist oder Sie mit der ablehnenden Entscheidung der LT nicht einverstanden sind, sollten Sie grundsätzlich Widerspruch einlegen, und zwar fristgerecht!

77

Gegen einen abschlägigen Bescheid muss man innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen, wenn der Bescheid nicht rechtskräftig werden soll. Nach Ablauf dieser Frist ist entweder ein neuer Antrag zu stellen oder der Bescheid anzufechten. Beides setzt wieder langwierige Verfahren in Gang.

78

Im Zusammenhang mit dem Widerspruch hat man eine grundsätzliche Entscheidung zu treffen: Will man viel Zeit und Kraft in die Widerspruchsbegründung investieren oder nicht? Dabei ist Folgendes zu berücksichtigen: Das Widerspruchsverfahren soll dazu dienen, dass die LT ihre Entscheidung nochmals überprüfen und ggf. einen zuvor abgelehnten Antrag nun doch bewilligen. Da derselbe LT sich selbst überprüfen soll, wird von deren Mitarbeitern menschliche Größe verlangt, denn dieselbe Stelle soll nun zugeben, dass ihre erste Entscheidung falsch war. Wer tut das gern?

79

Nach Eingang des Widerspruchs fordern die LT die Bürger normalerweise auf, ihren Widerspruch innerhalb von vier Wochen detailliert zu begründen, mitunter auch medizinisch. Zugleich erklären Sie, dass der Widerspruch andernfalls nach bisheriger Aktenlage entschieden wird. Dies verunsichert manche Bürger.

80

Klar ist, dass der Widerspruchsbescheid ohne Widerspruchsbegründung zu keinem besseren Ergebnis führen wird. Nicht wenige fühlen sich jedoch unter Druck gesetzt, sowohl durch die Frist als auch durch die inhaltlichen Anforderungen an eine Widerspruchsbegründung. Wie detailliert soll man schreiben? Stellt man seine besondere gesundheitliche Situation umfassend dar? Muss man dabei medizinische Kenntnisse nachweisen? Schafft man das innerhalb von vier Wochen? Nicht jedem gehen solche Schreiben leicht von der Hand. Einige halten diesem Druck leider nicht Stand und brechen das Widerspruchsverfahren ab. Andere sind sehr fleißig, schreiben viele Seiten und legen zahlreiche Unterlagen bei, z. B. Befundberichte ihrer behandelnden Ärzte. Sie sind an der Weggabe angekommen, welchen der beiden Wege wollen Sie gehen?

I. Weg

81

Zeit und Kraft lohnen vielleicht beim erstmaligen Verfahren oder wenn man gute Erfahrungen im Umgang mit dem LT gesammelt hat. Der erste Schritt auf diesem Weg ist der Antrag beim LT auf Akteneinsicht:

82

Muster 7 – Widerspruch 1, mit Akteneinsicht

Name

Straße PLZ Ort

Vorab per Fax: (Fax-Nr. ...) - insgesamt zwei Seite/n

Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Datum

Widerspruch

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich Widerspruch ein gegen Ihren Bescheid vom ... Zugleich beantrage ich Akteneinsicht. Bitte teilen Sie mir mit, wann und wo ich Ihre vollständige Verwaltungsakte einsehen kann. Danach werde ich den Widerspruch begründen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Dieser Dreizeiler signalisiert den LT, dass man sich mit deren Arbeit gründlich befassen will und wahrscheinlich eine ausführliche Widerspruchsbegründung schreiben wird.

83

Die LT antworten jedoch auf detaillierte Widerspruchsbegründungen nicht immer mit einem Widerspruchsbescheid, sondern mit nochmaligen Erläuterungen, warum sie dem Widerspruch nicht abhelfen können. Gern fragen sie bei dieser Gelegenheit, ob man trotz dieser „neuen“ Erläuterungen den Widerspruch aufrechterhalten will. Zugleich legen die LT ihren Briefen gern ein Formular bei, auf welchem man „bequem“ ankreuzen kann, dass man den Widerspruch zurücknimmt und bitten um Rücksendung. Sie erraten es gewiss: Sie sollten stets ankreuzen, dass Sie den Widerspruch aufrechterhalten. Wozu hätten Sie sonst den Antrag gestellt.

84

Ab jetzt geht es nicht mehr mit Dreizeilern; nun müssen viele Stunden Arbeit investiert werden. Der nächste Schritt ist die Akteneinsicht, die ich im nächsten Kapitel beschreibe. Der letzte Schritt ist die Widerspruchsbegründung. Mit Hilfe aller Informationen aus der Akte der LT legt man dar, was die LT bisher nicht berücksichtigt oder falsch bewertet haben. Welche Ärzte wurden durch die LT nicht zur Abgabe von Befundberichten aufgefordert, obwohl sie von Ihnen im Antragsformular benannt sind? Wenn solche Befundberichte vorliegen, erhebt sich die Frage, ob daraus alles berücksichtigt wurde, was für Ihren Antrag spricht? Oder hat der LT daraus nur Teile in seine Entscheidung einfließen lassen, die gegen Ihren Antrag sprechen? Stützt sich der LT bei seiner Entscheidung ausschließlich auf Feststellungen jener Ärzte, die von ihm beauftragt wurden? Haben selbst diese Ärzte Feststellungen zu Ihren Gunsten getroffen, die aber durch den LT nicht berücksichtigt wurden? Sie erkennen sicherlich: Hier sind Ausdauer und Fleiß erforderlich.

85

Es ist nicht notwendig, sich in ausführliche medizinische Betrachtungen zu begeben, wenn man keine Fachkenntnisse hat – das können die LT von den Bürgern nicht fordern. Man begründet seinen Widerspruch als medizinischer Laie, d. h. man hält sich zurück, auch wenn viele Bürger bestens über ihre gesundheitliche Lage im Bilde sind. Sie als Bürger legen aus Ihrer persönlichen Sicht dar, warum Ihnen die beantragte Leistung zusteht, entgegen der Auffassung der LT.

86

Nach all Ihrer Mühe hoffen Sie auf eine günstigere Entscheidung, aber leider bleiben die LT auch im Widerspruchsverfahren oft bei ihrer ursprünglichen Ablehnung. Deshalb rate ich zumeist zum ...

2. Weg

87

Um das Verfahren nahtlos fortzusetzen, genügt folgender Dreizeiler:

Muster 8 – Widerspruch 2, ohne Akteneinsicht

Name

Straße PLZ Ort

Vorab per Fax: (Fax-Nr. ...) - insgesamt zwei Seite/n

Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Datum

Widerspruch

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich Widerspruch ein gegen Ihren Bescheid vom ...
Zur Begründung verweise ich auf meine bisherigen mündlichen und schriftlichen Äußerungen. Auf die Akteneinsicht und eine ergänzende Widerspruchsbegründung verzichte ich. Bitte senden Sie mir schnellstmöglich den Widerspruchsbescheid.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

88

Auch mit diesen wenigen Worten beginnen Sie das Widerspruchsverfahren und setzen den Sozialrechtsweg fort. Die LT haben angesichts eines derartig „trockenen“ Schreibens kaum die Möglichkeit, das Verfahren durch Einholen von Gutachten oder Befundberichten in die Länge zu ziehen, sondern müssen innerhalb von drei Monaten den Widerspruchsbescheid erlassen, wenn sie eine Untätigkeitsklage vermeiden wollen.

89

Indem Sie auf die Akteneinsicht verzichten und den Widerspruch knapp begründen, sparen Sie Zeit und Kraft. Ziel ist es, möglichst schnell Klage vor dem SG erheben zu können, in der Hoffnung, dort eine neutrale Entscheidung zu bekommen. Die Klage ist allerdings erst zulässig, wenn der Widerspruchsbescheid vorliegt.

90

Da Sie notfalls beweisen müssen, dass Sie den Widerspruch rechtzeitig eingelegt haben, empfehle ich hier wieder die Methode „Fax + Brief“. Sie müssen dafür Sorge tragen, dass

der Widerspruch tatsächlich und rechtzeitig bei den LT eingeht! Andernfalls fangen Sie das gesamte Verfahren von vorn an.

91

Abschließend erinnere ich daran, dass auch das Widerspruchsverfahren kostenlos ist und dass Sie den Widerspruch jederzeit zurückziehen können – auch das hat keine Kostenfolgen. Wichtig ist, das Verfahren in jedem Fall durch das rechtzeitige Einlegen des Widerspruchs fortzusetzen – dann haben Sie genug Zeit, um Ihr weiteres Vorgehen zu überdenken.

15. Akteneinsicht

92

Jeder hat das Recht, „seine“ Verwaltungsakte vollständig einzusehen, nicht etwa nur Auszüge daraus; allerdings muss man dies beim LT tun. Hat dieser jedoch keine Niederlassung in Ihrer Nähe, muss er Ihnen die Akte zu einer nahe gelegenen Außenstelle senden oder in Ihr zuständiges Bürgermeisteramt, wenn Sie dies mit folgendem Dreizeiler beantragen.

93

Muster 9 – Antrag 4, Zusendung der Verwaltungsakte

Name

Straße PLZ Ort

Vorab per Fax: (Fax-Nr. ...) - insgesamt zwei Seite/n

Versorgungsamt

Straße

PLZ Ort

Datum

Antrag auf Akteneinsicht

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte senden Sie mir Ihre vollständige Verwaltungsakte in mein zuständiges Bürgermeisteramt (Anschrift) zur Einsicht. Da ich aus gesundheitlichen Gründen in meiner Mobilität stark eingeschränkt bin (ich habe deswegen die Merkzeichen G und B), ist es mir nur schwer möglich, zu Ihnen zu reisen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

94

Falls der LT Ihnen die Akte nicht in Ihre Nähe senden will, sollten Sie auf eine detaillierte Widerspruchs begründung verzichten und zwar mit der Begründung, dass Ihnen die Akteneinsicht verwehrt wurde. In diesem Fall fordern Sie unverzüglich einen Widerspruchsbescheid, gegen welchen Sie konsequent Klage erheben werden. Die Akteneinsicht holen Sie im Klageverfahren nach, und der LT wird die rechtlichen Nachteile aus der verweigeren Akteneinsicht zu tragen haben. In einer solchen Situation können Sie schreiben:

95

Muster 10 – Verzicht auf Akteneinsicht nach Weigerung durch LT

Name

Straße PLZ Ort

Vorab per Fax: (Fax-Nr. ...) - insgesamt eine Seite

Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Datum

Mein Antrag auf Akteneinsicht vom ...

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie lehnen meinen oben genannten Antrag mit Schreiben vom ... ab. Deswegen kann ich meinen Widerspruch nicht ergänzend begründen und verzichte nunmehr auf jegliche weitere Äußerung. Ich fordere Sie auf, mir unverzüglich den Widerspruchsbescheid zu senden, unter Beachtung des § 88 SGG.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

§ 88 SGG betrifft übrigens die Untätigkeitsklage – ein Wink mit dem Zaunpfahl.

96

An dieser Stelle gehen wir davon aus, dass Sie die Akte einsehen durften. Dadurch sehen Sie z. B., ob Befundberichte von allen Ärzten angefordert wurden, welche Sie im Antrag benannt haben; auch, ob diese Berichte inhaltlich in den Bescheid eingeflossen sind oder ob für Sie günstige medizinische Feststellungen weggelassen wurden. Nur mit Akteneinsicht wird eine ausführliche Widerspruchs begründung sinnvoll, denn allein dadurch

kommen Sie auf denselben Informationsstand wie die LT, und erst danach können Sie sich detailliert mit dem Bescheid auseinandersetzen. Sie haben übrigens das Recht, sich Kopien aus der Akte anfertigen zu lassen, die Sie allerdings bezahlen müssen. Allein die gründliche Akteneinsicht dauert nicht selten ca. zwei Stunden, denn Bürger, die chronisch krank sind, haben erfahrungsgemäß Akten mit wenigstens 200 Blättern, manchmal sogar mehrere Bände.

97

Wie geht man bei der Akteneinsicht vor?

a)

Schauen Sie sich jedes Blatt an. Die Akten sind von den LT durchlaufend zu nummerieren. Das Fehlen von Blättern sollten Sie notieren; es lässt zumindest Rückschlüsse auf die Arbeitsweise des LT zu.

98

b)

Handelt es sich um einen Erstantrag, benötigen Sie Kopien aller ärztlichen Befunde und Klinikberichte sowie der ärztlichen Stellungnahmen der LT. Gibt es schon einen Vorbescheid, sollten Sie auch Kopien der gleichen Unterlagen anfordern, die dem Vorbescheid zugrunde lagen.

99

c)

Erfahrungsgemäß reichen die Unterlagen der letzten fünf Jahre. Gutachten, Klinik- und Reha-Berichte sowie ärztliche Stellungnahmen älteren Datums können jedoch im Einzelfall auch wichtig sein. Sie beweisen, was den LT bereits vor dem aktuellen Antrag bekannt war.

100

d)

Gutachterliche Stellungnahmen verweisen oft auf die maßgeblichen Blätter der Verwaltungsakte, also auf jene Blätter, die nach Auffassung der LT für die Entscheidung wesentlich sind. Diese Blätter müssen Sie unbedingt kopieren, egal was darauf tatsächlich steht. Vor allem, mit diesen Blättern haben Sie sich in der Widerspruchs begründung auseinanderzusetzen.

101

e)

Auf den Kopien sollten die Blatt-Zahlen der Akten gut leserlich sein, um diese in der Widerspruchs begründung leichter zitieren zu können. Leider verwenden die Mitarbeiter der LT manchmal schlecht kopierbare Schriften; dann müssen Sie die Zahlen auf Ihren Kopien mit der Hand nachschreiben. Sie müssen sich alle Blätter kopieren lassen, die Sie für interessant halten, lieber mehr, als zu wenige. Wie gesagt: Es ist viel Arbeit. Wenn Sie sich dazu entschließen, sollten Sie gründlich sein und sich genügend Zeit nehmen.

16. Widerspruchsbescheid (WB)

102

Hat man den Widerspruch eingelegt und begründet, müssen die LT über den Widerspruch innerhalb von drei Monaten entscheiden, d. h. der WB muss den Bürgern spätestens nach drei Monaten vorliegen.

103

Anders als beim Bescheid, schreibt das Gesetz für den WB ausdrücklich die Schriftform vor¹⁷. Darüber hinaus sind die LT dazu verpflichtet, ihre Entscheidung zu begründen und die Bürger darüber zu belehren, dass sie gegen den WB Klage erheben können.

104

Schließlich haben die LT das zuständige Gericht und dessen Sitz mitzuteilen und darauf hinzuweisen, dass die Klage innerhalb eines Monats erhoben werden muss.

105

Die Schriftform soll die LT dazu anhalten, den jeweiligen Einzelfall nochmals eingehend zu prüfen und den Bürgern die Entscheidung verständlich zu begründen. Leider hat ein Verstoß gegen die Begründungspflicht keine nennenswerten rechtlichen Folgen. Ein guter WB teilt genau mit, welche Befundberichte bzw. Gutachten welcher Ärzte, von wann in die Entscheidung eingeflossen sind. Darüber hinaus erklärt er, welche gesundheitlichen Voraussetzungen als bewiesen angenommen werden und im jeweiligen Einzelfall die Entscheidungsgrundlage sind. Des Weiteren informiert er darüber, auf welcher Rechtsgrundlage ein Anspruch besteht bzw. nicht besteht.

106

Formulierungen wie: „nach Sozialgesetzbuch V“ oder „nach ständiger Rechtsprechung“ sind zu allgemein. Es ist vielmehr anzugeben, auf welchen Paragrafen die Entscheidung gestützt wird, ggf. mit Bezeichnung des zutreffenden Absatzes, welcher Rechtsvorschrift (Gesetz, Verordnung, Richtlinie usw.). Ebenso reicht der Verweis auf eine anonyme Rechtsprechung nicht. Welches Gericht hat wann (genaues Datum) und worüber entschieden, unter welchem Aktenzeichen? Handelt es sich um eine Entscheidung des BSB oder eines SG? Wie sollen juristische Laien sich mit rechtlichen Behauptungen auseinandersetzen, wenn man ihnen nicht einmal die Rechtsquellen mitteilt?

107

Die WB umfassen zumeist mehr als drei Seiten und enthalten zahlreiche Textbausteine, die in ähnlichen Fällen an alle Bürger gesandt werden. Dies allein ist noch kein Makel, denn anders könnten die LT die Masse der Anträge nicht bewältigen. Aber bestimmte Textbausteine zeigen, dass die LT sich nicht richtig mit dem jeweiligen Einzelfall befasst haben. Man liest z. B. Textbausteine, in denen es um Kinder geht, obwohl das Verfahren einen Erwachsenen betrifft. Andere enthalten Textbausteine zu Behindertenwerkstätten, in denen die Bürger aber gar nicht tätig sind. Es gibt auch Textbausteine zu Merkzeichen, obwohl nur über einen höheren GdB zu entscheiden ist. Ebenso ist es mit Verweisen auf Gesetze und Rechtsprechung. Es werden Paragrafen zitiert, die mit dem vorliegenden

Fall nichts zu tun haben, und es gibt allgemeine Hinweise auf die Rechtsprechung, die angeblich in ähnlichen Fällen zugunsten der LT entschieden hätte.

108

Dies alles kann die Bürger irritieren und manche vermuten, dass sie einem solchen Widerspruchsbescheid nicht wirksam entgegen treten können, denn gewiss habe alles seine Richtigkeit. Aber ein WB wird mit seiner Länge nicht richtiger.

109

Der Erlass von WB verzögert sich manchmal um mehrere Monate, weil die LT auf Befundberichte oder Gutachten warten. Dies ist eine äußerst unangenehme Situation, weil solche Wartezeiten von den Gerichten als zulässig angesehen werden und somit eine UTK meistens keine Erfolgsaussichten hat. In extremen Fällen wartet man bis zu einem Jahr.

110

Manche LT und deren Gutachter fordern die Bürger auf, Befunde von Ärzten zu beschaffen. Sie versuchen so, ihre eigene Sachverhaltsermittlungspflicht auf die Bürger zu verlagern. Dies ist schon deshalb unzulässig, weil die Bürger keine rechtlichen Mittel haben, die Ärzte zur Mitarbeit zu zwingen.

111

Spätestens, wenn Sie den Widerspruch begründet haben, sollten Sie sich in Ihrem Kalender nach drei Monaten einen Vermerk machen, dass die Frist für den Erhalt des WB abgelaufen ist. Haben Sie vom LT keine Information bekommen, warum er für den WB mehr als drei Monate benötigt oder nur allgemeine, inhaltlose Zwischennachrichten, dann sollten Sie unverzüglich eine UTK erheben, um nicht auf unbestimmte Zeit in einer Warteschleife zu verharren.

¹⁷ § 85 Abs. III SGG

17. Klage

112

Nach Erhalt eines Widerspruchsbescheids müssen Sie entscheiden, ob Klage erhoben werden soll. Allerdings müsste diese Entscheidung regelmäßig zugunsten der Klage ausfallen, denn wozu sonst hatten Sie ursprünglich einen Antrag gestellt? Wer die Klage nicht erhebt, hätte gar keinen Antrag stellen brauchen, denn von Beginn an muss man damit rechnen, dass die LT Anträge nicht automatisch bewilligen. Eine neutrale Entscheidung kann man von den LT nicht erwarten, denn sie müssen die gewünschten Leistungen erbringen bzw. bezahlen. Eine neutrale Entscheidung über sozialrechtliche Ansprüche darf man jedoch von den Gerichten erwarten, denn sie haben kein finanzielles Interesse an der Bewilligung oder Nicht-Bewilligung von Leistungen. Die Gerichte sind verpflichtet, den jeweiligen Sachverhalt unabhängig zu prüfen und zu entscheiden, ob Ansprüche bestehen oder nicht. Der Jurist spricht hier vom Rechtsschutz, d. h. die Bürger sollen notfalls die Hilfe der Gerichte in Anspruch nehmen, um ihre Rechte durchzusetzen. Jene, welche die Gerichte anrufen, sind keine Streithähne, sondern Menschen, die ihre verfassungsmäßigen Rechte nutzen! Das Anrufen der Gerichte ist im Rechtsstaat gewollt und soll zum Rechtsfrieden beitragen.

113

Nur durch die Klage kann der Sozialrechtsweg weiter beschritten werden; andernfalls wird der Bescheid nach Ablauf der Klagefrist rechtskräftig und die jeweilige Entscheidung bindend. Es sei daran erinnert: Die Verfahren vor den SG sind für die Bürger gerichtskostenfrei; Kosten entstehen lediglich für die Beauftragung eines Rechtsanwalts oder „eigenen“ Gutachters¹⁸.

114

Zunächst ist kein großer Aufwand nötig. Gegen den ablehnenden Widerspruchsbescheid muss lediglich fristgemäß, d. h. innerhalb eines Monats, Klage erhoben werden. Die LT haben das jeweils zuständige SG mit vollständiger Anschrift in der Rechtsbehelfsbelehrung zu benennen. Entweder geht man zur Rechtsantragsstelle des SG und lässt die Klage dort aufnehmen oder man sendet den folgenden Dreizeiler dorthin, nach der Methode „Fax + einfacher Brief“:

¹⁸ gem. § 109 SGG

Muster 11 – Klage, Frist wahrende

Name

Straße PLZ Ort

Vorab per Fax: (Fax-Nr. ...)

- insgesamt eine Seite
- Unterlagen per Post

Sozialgericht

Straße

PLZ Ort

Datum

Klage

Hiermit erhebe ich Klage gegen den Widerspruchsbescheid des Versorgungsamtes vom ..., Geschäftszeichen ... Zugleich beantrage ich Akteneinsicht. Danach werde ich die Klage begründen. Den Widerspruchsbescheid lege ich in Kopie bei.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

116

Wer zur Klageerhebung die Hilfe der Rechtsantragsstelle in Anspruch nimmt, sollte den Bescheid, den Widerspruch und den Widerspruchsbescheid mitnehmen, ggf. Kopien. Wer jedoch den oben genannten Dreizeiler an das SG sendet, muss zumindest eine Kopie des Widerspruchsbescheids beifügen.

117

Dieser Dreizeiler ist natürlich nur der Beginn des Klageverfahrens – die so genannte *Frist wahrende Klage*. Sie dient dem Ziel, das Verfahren fortzusetzen, indem der Rechtsstreit beim SG anhängig wird. Man verhindert damit die Rechtskraft des Widerspruchsbescheids. Deshalb sollte man diese Frist auf keinen Fall versäumen! Wer den Dreizeiler an das SG sendet, prüft besonders genau, ob die Fax-Nummer auf dem Sendebericht stimmt, ob dort „ok“ vermerkt ist und hebt die Kopie der Klage samt Fax-Sendebericht sorgsam

auf. Wer ganz sicher gehen will, ruft spätestens nach einer Woche im SG an, ob die Klage tatsächlich angekommen ist und schreibt sich eine Telefon-Notiz mit Datum und Uhrzeit des Anrufs sowie Namen des Gesprächspartners. Sollte die Klage aus irgendeinem Grunde nicht bzw. nicht fristgerecht ankommen, ist das Verfahren beendet.

118

Spätestens nach der schriftlichen Bestätigung über die Anhängigkeit der Klage müssen Sie entscheiden, ob Sie das Verfahren allein betreiben wollen oder mit Hilfe eines Rechtsanwalts. Jetzt geht es nicht mehr mit Dreizeilern weiter, nun steht intensive Arbeit an.

119

Anzumerken ist noch: Wenn Sie Anträge stellen, müssen Sie in Betracht ziehen, dass die Leistung nicht bewilligt wird. Die LT vertreten zuweilen eine andere Auffassung als Sie. Die unterschiedlichen Auffassungen werden im Verlaufe des Verfahrens vorgetragen, ggf. durch Beweise untermauert und notfalls durch ein Gericht entschieden. Nach Erhebung der Klage nennt der Jurist das Verfahren Rechtsstreit. Schon der Begriff stellt klar, dass zwischen den Parteien unterschiedliche Auffassungen bestehen und die Aufgabe der Gerichte ist es, eine Entscheidung zu treffen. Sie haben die Sach- und Rechtslage zu prüfen; dies geschieht insbesondere durch Wertung der Äußerungen der Parteien und fast immer durch die Würdigung von Beweismitteln, wie z. B. Gutachten. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass sich im Sozialrechtsstreit zwei unterschiedlich starke Parteien gegenüber stehen: Auf der einen Seite die LT, die über fachlich geschulte Mitarbeiter, Gutachter und finanzielle Stärke verfügen und auf der anderen Seite die Bürger, allein. Deshalb gewährt der Gesetzgeber den Bürgern das Recht, sich im Rechtsstreit anwaltlicher Hilfe zu bedienen und „eigene“ Gutachten zu beantragen, wodurch die Chancengleichheit erhöht werden soll. Sozialrechtsverfahren sind für die Bürger zwar grundsätzlich kostenfrei, aber spätestens im Gerichtsverfahren können Kosten entstehen, nämlich für „eigene“ Gutachter und Rechtsanwälte. Wer nicht über das ausreichende Einkommen oder Vermögen verfügt, kann ggf. Prozesskostenhilfe bekommen.

18. Prozesskostenhilfe (PKH)

120

Sofern Sie sich die Beauftragung eines Anwalts aus finanziellen Gründen nicht leisten können, gewährt Ihnen der Gesetzgeber PKH. Allerdings muss die Angelegenheit nach Auffassung des Gerichts hinreichende Aussicht auf Erfolg haben und darf nicht mutwillig erscheinen, d. h. für offensichtlich aussichtslose Klagen gibt es keine Hilfe. Diese ist beim SG zu beantragen, indem die Klageabsicht sowie die wesentlichen Klagegründe vorgetra-

gen werden und eine „Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse“ nebst Anlagen eingereicht wird (z. B. Rentenbescheid, ALG-Bescheid, Mietvertrag und ein aktueller Giro-Konto-Auszug). Manche fühlen sich mit der Bewilligung von PKH ausreichend gewappnet, doch es bleiben zwei wesentliche Probleme ungelöst.

121

Erstens bezahlt die PKH nicht die Kosten für Gutachten nach § 109 SGG. Diese sind jedoch oft Ihr wichtigstes Mittel im Rechtsstreit, s. Kap. 12. Zweitens zahlt sie den Rechtsanwälten in der Regel deutlich weniger als die sonst übliche gesetzliche Vergütung, die im Sozialrecht oft ohnehin nicht kostendeckend ist. Darüber hinaus müssen Rechtsanwälte zumeist jahrelang auf ihre Bezahlung warten, weil die Gerichte mit der Bearbeitung von Kostenanträgen überlastet sind. Dies kann sich auf die Motivation und die Qualität der anwaltlichen Arbeit nachteilig auswirken. Damit ist die Chancengleichheit in zwei wichtigen Punkten nur schwer erreichbar.

19. Rechtsschutzversicherung (RSV)

122

Die einzige Lösung für diese Probleme besteht im Abschluss einer Versicherung, die Rechtsschutz für Klageverfahren vor den SG einschließt. Diese übernimmt alle Kosten, auch für Gutachten nach § 109, und die volle gesetzliche Vergütung des Anwalts. Eine preiswerte Versicherung kostet jährlich ca. 150,- EUR. Die Zeitschrift „Stiftung Finanztast“ veröffentlicht regelmäßig eine entsprechende Tabelle. Ich empfehle grundsätzlich die Preiswerteste zu wählen, da die Leistungen der Versicherungen im Wesentlichen gleich sind.

123

Im Verlauf eines Gerichtsverfahrens fragen die Richter regelmäßig, ob man ein Gutachten nach § 109 beantragen möchte. Damit signalisiert das Gericht, dass es den Sachverhalt für ausreichend ermittelt hält. Zumeist liegen ihm schon Gutachten vor, die jedoch oft den Einzelfall nicht angemessen einschätzen. Es ist dann sehr unbefriedigend, wenn Sie ein Gutachten aus finanziellen Gründen nicht auslösen können. Deshalb sollten alle, die erwägen den Sozialrechtsweg zu beschreiten, vor Stellung eines Antrags prüfen, ob sie eine RSV haben. Andernfalls sollten Sie zunächst eine RSV abschließen und erst danach einen Antrag stellen, denselben wie zuvor, aber mit deutlich höheren Erfolgsaussichten.

124

In bestimmten Fällen empfehle ich, einen Antrag zurückzunehmen, dann eine RSV abzuschließen und schließlich einen neuen Antrag zu stellen, wenn der Versicherungsschutz greift; in der Regel drei Monate nach Abschluss der Versicherung. Gewiss verlieren Sie

dadurch Zeit, weil Sie das Verfahren von vorn beginnen müssen. Aber dieser Nachteil ist mitunter gerechtfertigt. Sie müssen abwägen zwischen dem möglichen Verlust eines Verfahrens ohne und der deutlich größeren Erfolgsaussicht eines neuen Verfahrens, allerdings gewappnet mit einer RSV.

20. Anfechtung von Bescheiden

125

Zum Abschluss weise ich auf die Möglichkeit hin, dass man bestandskräftige Bescheide anfechten kann. Das deutsche Sozialrecht gewährt den Bürgern die Möglichkeit, Entscheidungen der LT auch dann nachprüfen zu können, wenn man nicht fristgerecht gegen einen Bescheid Widerspruch eingelegt oder gegen einen WB Klage erhoben hat. Da das Gesetz hierfür eine Frist von vier Jahren vorsieht, sind die Bescheide und Widerspruchsbescheide nicht schon nach Ablauf der jeweiligen Rechtsbehelfsfrist von einem Monat endgültig bindend, sondern letztlich erst nach vier Jahren¹⁹. Sollten Sie in den vergangenen Jahren vielleicht auf Widerspruch oder Klage verzichtet haben, inzwischen aber unsicher sein, ob sie es nicht doch hätten tun sollen, dann können Sie den betreffenden Bescheid / WB mit folgendem Brief anfechten:

126

Muster 12 – Anfechtung von Bescheiden

Name

Straße PLZ Ort

Vorab per Fax: (Fax-Nr. ...) - insgesamt eine Seite

Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Datum

Anfechtung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihren Bescheid vom ... fechte ich hiermit an. Ich halte Ihre damalige Entscheidung aus folgenden Gründen für falsch ... (z.B.:

bestimmte Gutachten oder Befundberichte wurden nicht berücksichtigt, Akteneinsicht wurde nicht gewährt oder die Begründung ist nicht nachvollziehbar). Zugleich beantrage ich Akteneinsicht. Bitte teilen Sie mir mit, wann und wo ich Ihre vollständige Verwaltungsakte einsehen kann. Danach werde ich den Antrag ausführlich begründen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

127

Mit diesem Antrag setzen Sie ein neues Verfahren in Gang, das im Wesentlichen genauso abläuft wie das oben beschriebene. Es ist lediglich die „Hintertür“ für das Öffnen alter Akten. Derartige Altfälle lösen bei den LT keinesfalls Freude aus, aber auch das muss Ihnen egal sein. Es ist Ihr gutes Recht!

21. Der richtige Umgang mit Leistungsträgern – Kurzanleitung

Behinderte Menschen und deren Angehörige haben oft mit Sozialleistungsträgern zu tun, vor allem mit der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung sowie dem Versorgungsamt. Indem man einen Antrag auf Gewährung einer Leistung stellt, setzt man ein Sozialrechtsverfahren in Gang, das mitunter Jahre dauert. Es kann aber auch durch die Leistungsträger (LT) begonnen werden, z. B. zur Prüfung, ob Leistungen weiterhin gewährt werden. Diese Verfahren kosten Zeit und Kraft. Es ist wichtig, mit den LT juristisch richtig und Kraft sparend umzugehen. Die folgende Anleitung soll hierfür Hilfe leisten, am Beispiel eines Verfahrens, das durch einen Antrag beginnt.

¹⁹ §§ 44 ff. SGB X

Was	Wie / Erläuterung
<p>1. Antrag beim LT</p> <p>„Hiermit beantrage ich ... (z. B. eine stationäre Reha). Bitte senden Sie mir ggf. die entsprechenden Formulare.“</p>	<p>a) Dreizeiler</p> <ul style="list-style-type: none"> - vorab per Fax + einfacher Brief oder <p>b) nur Brief</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 Tage später Anruf beim LT: fragen, ob Antrag angekommen ist und - Telefonnotiz fertigen: mit Datum, Uhrzeit, Name des Gesprächspartners - kein teures Einschreiben!
<p>bei dringenden Angelegenheiten (z. B. Gefährdung der Gesundheit) zusätzlich zu dem Antrag zu 1.:</p> <p>2. Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (EAO) beim Sozialgericht (SG)</p>	<p>c) entweder persönlich bei der Rechtsantragsstelle des SG</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktuelle Unterlagen mitnehmen, welche die Dringlichkeit der benötigten Leistung beweisen, z. B. Arztbriefe, Befundberichte <p>oder</p> <p>d) mit Hilfe von Rechtsvertretern (z. B. VdK, RA)</p>
<p>3. Antragsformulare zügig ausfüllen und an LT zurücksenden, alle Ärzte und Kliniken der letzten drei Jahre angeben und Befunde beifügen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notwendigkeit der beantragten Leistung mit eigenen Worten begründen. - Informationsmaterial zur besonderen gesundheitlichen Situation ggf. beilegen 	<p>e) Kopie der ausgefüllten Formulare aufheben</p> <ul style="list-style-type: none"> - Befunde und Entlassungsberichte nur in Kopie senden <p>oder</p> <p>f) wenn man keine Möglichkeit hat, zu kopieren, ausnahmsweise Originale (per Einwurf-Einschreiben) senden und Rückgabe der Unterlagen fordern</p>
<p>4. Frist für Untätigkeitsklage (UTK) notieren, für den Fall, dass der LT nicht über den Antrag entscheidet</p>	<p>g) Vermerk im Kalender: 6 Monate nach Sendung der vollständigen Antragsunterlagen</p>
<p>5. nach Ablauf von 6 Monaten: UTK beim SG erheben</p>	<p>h) wie c) bzw. d)</p> <ul style="list-style-type: none"> - mitnehmen: <ul style="list-style-type: none"> - Kopie des Antrags - ggf. Zwischennachricht des LT - ggf. Telefonnotiz (Sachstandsnachfrage)

Was	Wie / Erläuterung
<p>Bescheid liegt vor.</p> <p>6. Widerspruch:</p> <p>„Hiermit lege ich gegen Ihren Bescheid vom ... Widerspruch ein.“</p>	<p>wie a) bzw. b)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Widerspruch muss innerhalb eines Monats nach Zugang eingelegt werden, da der Bescheid sonst bindend wird!
<p>7. Widerspruchsverfahren, 2 Wege:</p> <p>1. ohne Akteneinsicht und ausführliche Widerspruchsbe-gründung (kurz)</p> <p>2. mit Akteneinsicht und ausführlicher Widerspruchsbe-gründung (lang)</p>	<p>i) kurzer Weg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - durch Verzicht auf Akteneinsicht und ausführliche Widerspruchsbe-gründung ist keine Sachverhaltsermittlung durch den LT notwendig - Ziel ist, das Widerspruchsverfahren möglichst schnell zu durchlaufen und die Sache von dem (neutralen) SG entscheiden zu lassen <p>j) langer Weg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akte des LT muss erst eingesehen werden - ausführliche Widerspruchsbe-gründung ist zu schreiben - der LT kann den Sachverhalt durch Einholen von Befunden oder Gutachten weiter ermitteln - Ärzte des LT prüfen die medizinischen Unterlagen
<p>8. UTK</p> <p>Drei Monate nach Widerspruch, sofern keine Entscheidung des LT vorliegt</p>	<p>- wie h)</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht zu empfehlen, solange der LT auf Befundberichte der Gutachten wartet und Antragsteller darüber informiert; dann verlängert sich die 3-Monats-Frist
<p>9. Klage</p> <p>„Hiermit erhebe ich Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom ...“</p>	<p>k) wie a) bis d)</p> <ul style="list-style-type: none"> - zunächst reicht die Frist wahrende Klage innerhalb eines Monats nach Zugang des WB - das Gericht bekommt lediglich eine Kopie des WB

Im Sozialrechtsverfahren genügen oft Dreizeiler. Wichtig ist, dass Antrag, Widerspruch und Klage nachweislich bei den LT oder SG fristgerecht ankommen. Deshalb sollte diese juristisch wichtige Post immer zuvor per Fax und zusätzlich mit einfachem Brief versandt werden oder, sofern man über kein Fax-Gerät verfügt, per Brief mit anschließender telefonischer Bestätigung des Posteingangs. Telefongespräche mit LT dienen nur der ergänzenden Information! Mit den LT kommuniziert man im Sozialrechtsverfahren am besten schriftlich, schon aus Beweisgründen.

Die Gerichtsverfahren werden oft durch medizinische Gutachten entschieden. Im deutschen Sozialrecht gibt es gem. § 109 Sozialgerichtsgesetz die Besonderheit, dass die Bürger dem Gericht „eigene“ Gutachter benennen können, zu denen sie Vertrauen haben oder von denen sie zumindest wissen, dass sie über die notwendige Sachkunde verfügen, um ihre besondere gesundheitliche Situation richtig einzuschätzen. Die Gerichte verlangen zuvor jedoch einen Vorschuss von ca. mindestens 1.000,- EUR; erst danach beauftragen sie die Gutachter. Die § 109-Gutachten sind die einzige Möglichkeit, um fragwürdige Gutachten im Auftrag der LT und Gerichte zu erschüttern. Ohne diese Möglichkeit sind viele Anträge von Beginn an aussichtslos! Diese Kosten werden leider nicht durch die Prozesskostenhilfe übernommen, aber durch die Rechtsschutzversicherung (RSV). Aus diesen Gründen sollte jeder chronisch kranke Mensch eine RSV besitzen, welche für ca. 150,- EUR Jahresbeitrag angeboten wird.

22. Der Sozialrechtsweg – Grafik



23. Verzeichnis der Brief-Muster

Nr.	Muster	RN
1	Beratung	8
2	Auskunft	16
3	Antrag 1, Reha	18
4	Antrag 2, GdB und Merkzeichen	21
5	Untätigkeitsklage	51
6	Antrag 3, Kostenerstattung	56
7	Widerspruch 1, mit Akteneinsicht	82
8	Widerspruch 2, ohne Akteneinsicht	87
9	Antrag 4, Zusendung der Verwaltungsakte	93
10	Verzicht auf Akteneinsicht nach Weigerung durch LT	95
11	Klage, Frist wahrende	115
12	Anfechtung von Bescheiden	126

