



Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

An alle  
bundesunmittelbaren Krankenkassen

nachrichtlich  
Bundesministerium für Gesundheit  
Aufsichtsbehörden der Länder  
GKV-Spitzenverband

HAUSANSCHRIFT  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1561  
FAX +49 228 619 1866

krankenversicherung@bvamt.bund.de  
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Frau Harde

27. Juni 2018

AZ 211-4140-4292/2013  
(bei Antwort bitte angeben)

### **Hinweise zur Durchführung des Widerspruchsverfahrens bei gesetzlichen Krankenkassen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen unserer aufsichtsrechtlichen Tätigkeit haben wir festgestellt, dass gesetzliche Krankenkassen bei der Widerspruchsbearbeitung nur unzureichend die Vorschriften des Sozialgesetzbuchs Zehntes Buch (SGB X) und des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) beachten.

Auch der Bundesrechnungshof hat das Verfahren der Widerspruchsbearbeitung bei gesetzlichen Krankenkassen, die überwiegend der Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt unterliegen, geprüft. Ferner wurde dieses Thema im Rahmen der 91. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 15. bis 16. November 2017 in Potsdam erörtert.

Das Bundesversicherungsamt weist die Krankenkassen bereits aktuell einzelfallbezogen regelmäßig auf Fehler in der Widerspruchsbearbeitung hin. Immer wieder treten dabei auch grundsätzliche verfahrensrechtliche Mängel in der Bearbeitung zu Tage.

Hierzu verweisen wir zunächst auf unser Rundschreiben zur Erforderlichkeit der Rechtsbehelfsbelehrung vom 8. März 2000 (II2 – 4140 – 1626/98). Die dort getroffenen Aussagen sind weiterhin zu beachten und Inhalt unserer ständigen Aufsichtspraxis.

Um eine einheitliche rechtmäßige Verfahrensweise bei der Widerspruchsbearbeitung aller bundesunmittelbaren Krankenkassen sicherzustellen, bitten wir darüber hinausgehend um Beachtung folgender weiterer Hinweise:

### **1. Keine „Kulanz-Entscheidungen“**

Grundlage der Entscheidung über den Widerspruch bilden ausschließlich das Leistungsrecht im SGB V und ggf. darüber hinausgehende Satzungsregelungen.

Es ist daher auch im Widerspruchsverfahren nicht rechtskonform, unter Berufung auf den Einzelfall oder aus „Kulanz“ Leistungen zu gewähren, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind.

### **2. Anfragen der Krankenkassen beim Widerspruchsführer zum weiteren Verlauf des Widerspruchsverfahrens**

#### **a) Grundsätzliche Zulässigkeit einer Nachfrage**

In der Praxis kommt es nicht selten vor, dass Krankenkassen bei widerspruchsführenden Versicherten um Stellungnahme bitten, wie insbesondere bei neuem Sachverhalt (etwa ein neues MDK-Gutachten) mit dem Widerspruch des Versicherten zu verfahren sei oder ob der Versicherte sogar seinen Widerspruch zurücknehme.

Diese Verfahrensweise ist aufsichtsrechtlich allgemein wie folgt zu bewerten:

Zunächst ist in Bezug auf das „Ob“ einer solchen Anfrage festzuhalten, dass sie im Sozialgerichtsgesetz ausdrücklich nicht vorgesehen ist.

Im Hinblick auf das Verfahrensermessen der Krankenkasse bei der Durchführung des Verwaltungsverfahrens hält es das Bundesversicherungsamt allerdings nicht für grundsätzlich ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse im laufenden Widerspruchsverfahren Kontakt mit dem Versicherten aufnimmt.

Hierzu ist jedoch ein konkreter Anlass erforderlich, aus dem der Versicherungsträger den Schluss ziehen kann, dass der Versicherte aufgrund eines neuen Sachstands möglicherweise den streitgegenständlichen Bescheid anders als bisher beurteilen könnte. Das wäre

z. B. das oben genannte, in einem Leistungsfall im Widerspruchsverfahren eingeholte MDK-Gutachten.

Demgegenüber halten wir eine Nachfrage beim Versicherten ohne relevanten Anlass (etwa aufgrund von Zeitablauf oder wegen fehlender Abhilfe nach § 85 Abs. 2 Satz 1 SGG) nicht für zulässig. Dies gilt erst recht für mehrfache Nachfragen, welche bei den Versicherten den Eindruck erwecken können, der Widerspruch hätte keine Erfolgsaussichten und „müsse“ somit zurückgenommen werden.

#### **b) Art und Weise der Nachfrage beim Versicherten**

Versicherte dürfen bei der Ausübung ihres Rechtes auf Gewährung effektiven Rechtsschutzes nicht behindert werden.

Der Widerspruchsführer muss daher nicht nach Aufforderung mitteilen, dass er das Verfahren weiterverfolgen will, wenn die Krankenkasse nicht abzuhelpen gedenkt. Eine aktive Mitwirkung des Versicherten, damit über seinen Widerspruch entschieden wird, darf nicht verlangt werden.

In der Nachfrage der Krankenkasse ist im Hinblick auf die ordnungsgemäße Durchführung der Widerspruchsbearbeitung klar zu stellen, dass über den Widerspruch auch bei fehlender Rückäußerung in jedem Fall entschieden wird, d. h. der Widerspruch dem Widerspruchsausschuss unverzüglich zugeleitet wird und dieser eine abschließende Entscheidung trifft.

Dabei darf insbesondere die Nachfrage der Krankenkasse an den Versicherten nicht derart abgefasst werden, als ob die Zurückweisung des Widerspruchs bereits beschlossen sei. Es ist also zu vermeiden, bei dem Versicherten den Eindruck zu erwecken, als sei hier bereits die Entscheidung vorweggenommen worden.

Auch ist von Formulierungen wie „wir werden Ihren Widerspruch dem Widerspruchsausschuss vorlegen“ Abstand zu nehmen, da derartige Formulierungen über die Informationen, dass bei Nichtäußerung der Widerspruch aufrecht erhalten bleibt, hinausgehen und geeignet sind, Zweifel beim Versicherten zu wecken.

Bei dem Versicherten darf hingegen nicht das Gefühl erweckt werden, bzgl. seiner Entscheidung in eine bestimmte Richtung gedrängt zu werden, da nicht davon auszugehen ist, dass Versicherte genug Kenntnisse von verwaltungsinternen Vorgängen haben und daher wissen,

dass dies das übliche Vorgehen ist und immer ein Widerspruchsausschuss – und nicht ein Sachbearbeiter des Trägers – über den Widerspruch entscheidet.

Bei der Kommunikation mit den Versicherten ist angemessen zu berücksichtigen, dass die Rücknahme des Widerspruches das Vorverfahren beendet und zur Folge hat, dass dem Versicherten ein gerichtlicher Rechtsschutz in Bezug auf den konkreten Bescheid verwehrt bleibt.

Sofern also die Krankenkasse dem Versicherten ausdrücklich oder konkludent die Rücknahme des Widerspruches nahelegt, muss sie ihn zugleich darauf hinweisen, dass durch eine solche Rücknahme der weitere Rechtsweg insoweit ausgeschlossen ist.

### **3. Weiteres Verfahren bei Teilabhilfe des Widerspruches**

Sofern dem Widerspruch teilweise abgeholfen wird, ist der übrige Teil des Widerspruches an den Widerspruchsausschuss weiterzuleiten. Nur der Widerspruchsausschuss ist befugt, über diesen Teil des Streitgegenstands zu entscheiden und das Verfahren zu beenden.

Eine „Teilabhilfe gegen Rücknahme des Widerspruches“ birgt die Gefahr in sich, beim Versicherten den Eindruck zu erwecken, die Leistungen der Krankenkassen seien verhandelbar. Sofern der nicht abgeholte Teil des Widerspruches zurückgenommen wird, ist der Teilabhilfebescheid zu erlassen und als solcher zu kennzeichnen (Ausnahme: Vergleichsvertrag nach § 54 SGB X).

Der Teilabhilfebescheid ist schriftlich zu erlassen, zu begründen und dem Widerspruchsführer bekannt zu geben. Denn auch stattgebende Teilabhilfebescheide müssen die für die Entscheidung tragenden Gründe darlegen (Leistungsrecht SGB V) und deutlich machen, auf welche Tatsachen der Bescheid gestützt ist.

### **4. Rechtsbehelfsbelehrung**

Wie jeder von der Krankenkasse erlassene belastende Verwaltungsakt ist auch der Widerspruchsbeseid zwingend mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen, welche § 36 SGB X entspricht, siehe hierzu bereits unser o. g. Rundschreiben vom 8. März 2000. Dies gilt auch bei Zweifeln an der belastenden Wirkung des Bescheides.

Nach dem Gebot des effektiven Rechtsschutzes muss sich der durch den Verwaltungsakt beschwerte Versicherte über die ihm zustehenden Rechte im Klaren sein. Es muss ihm möglich sein, ungehindert von dem ihm zustehenden Rechtsbehelf Gebrauch zu machen.

### **5. Aufhebung des Erstbescheides**

Sofern dem Widerspruch ganz oder teilweise abgeholfen wird, ist ein (Teil-)Abhilfebescheid zu erlassen und der Erstbescheid im Sinne der §§ 44 ff. SGB X aufzuheben. Jedoch kann auch durch einen Folgebescheid (hier: Bewilligungsbescheid) ohne formelle Ersetzung der ursprüngliche Verwaltungsakt gegenstandslos werden. Eine Aufhebung des früheren Bescheides muss dabei nicht ausdrücklich erklärt werden. Dies kann auch durch einen konkludenten, jedoch hinreichend deutlichen Verwaltungsakt erfolgen.

Es genügt, wenn aus den Formulierungen, Hinweisen und Auskünften im Verwaltungsakt für einen verständigen, objektiven Erklärungsempfänger klar erkennbar zum Ausdruck kommt, dass die nach dem bisherigen Verwaltungsakt abgelehnte Leistung dem Versicherten nun zusteht (Sächsisches LSG; Beschluss vom 16. Juni 2015; L 5 R 779/12 – juris, Rn. 23 iVm. BSG, Urteil vom 13. Dezember 2000 – B 5 RL 42/99 R – juris Rn. 15).

Auch ist in den Abhilfebescheid eine Entscheidung über die Erstattung von Kosten im Vorverfahren (§ 63 SGB X) aufzunehmen.

### **6. Keine telefonische Rücknahme des Widerspruches**

Aus Gründen der Rechtssicherheit und in Anlehnung an § 84 SGG ist für die Rücknahme des Widerspruches durch den Versicherten die Schriftform einzufordern. Hierdurch wird vermieden, dass es zu Missverständnissen in Bezug auf die Erklärung der Rücknahme kommt.

### **7. Bearbeitungsdauer des Widerspruches**

Sinn und Zweck des Vorverfahrens besteht u.a. darin, den Versicherten eine schnelle Rechtsschutzmöglichkeit zur Verfügung zu stellen. Dies gilt gerade in den Fällen, in denen aufgrund eines Krankheitsbildes eine schnelle Entscheidung der Krankenkasse als Voraussetzung für eine medizinische Hilfe des Versicherten gefordert ist. Insbesondere in solchen Eilfällen ist das Verfahren daher so schnell wie möglich zum Abschluss zu bringen, um dem Versicherten ggf. die Möglichkeit zu eröffnen, den Rechtsweg zu verfolgen.

Als Maßstab für die obere zeitliche Grenze in Bezug auf den Abschluss des Widerspruchsverfahrens ist ansonsten die Soll-Vorschrift des § 88 Abs. 2 SGG heranzuziehen.

Maßgeblich sind danach grundsätzlich drei Monate nach Einlegung des Widerspruchs. Die Frist dient der Gewährleistung des effektiven Rechtsschutzes, mit dem Ziel, dass dem Versicherten aus dem „säumigen“ Verhalten der Verwaltung keine Nachteile in Bezug auf seinen Rechtsschutz entstehen.

#### **8. Keine Aussetzung der Widerspruchsbearbeitung bis zum Abschluss der aufsichtsrechtlichen Prüfung durch das Bundesversicherungsamt**

Die aufsichtsrechtliche Prüfung durch das Bundesversicherungsamt kann jederzeit von einem Versicherten beim Bundesversicherungsamt veranlasst werden. Diese Prüfung erfolgt dabei unabhängig von einem etwaigen Widerspruchsverfahren, welches von der Kasse durchgeführt wird.

Vor diesem Hintergrund besteht grundsätzlich keine Rechtsgrundlage dafür, dass eine Krankenkasse die Widerspruchsbearbeitung bis zum Abschluss der aufsichtsrechtlichen Prüfung aussetzt. Abweichend wäre dies ausnahmsweise dann denkbar, wenn der Versicherte selbst schriftlich um eine solche Aussetzung bittet.

Wir bitten um Beachtung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

  
(Beckschäfer)