

Widerspruch

(§§ 66, 83 ff. SGG)

In aller Regel hat eine Erkrankung auch einen Leistungsanspruch für den Betroffenen zur Folge. Das Spektrum möglicher sozialrechtlicher Ansprüche ist sehr breit und betrifft viele unterschiedliche Leistungsträger. Die meisten Leistungen müssen unabhängig davon, wer Träger der Leistung oder der Maßnahme ist, primär beantragt werden.

Die zuständige Behörde prüft, ggfs. unter Einbeziehung von Gutachtern, ob die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung erfüllt sind. Ein sehr wichtiges Prüfkriterium bei vielen Leistungen ist hierbei die **Kosten-Nutzen-Relation**. Die Leistungsträger müssen beurteilen, ob **versicherungsrechtliche** und **persönliche Voraussetzungen** erfüllt sind und dem wirtschaftlichen Aspekt Rechnung getragen wird. Ist eine Voraussetzung nicht erfüllt, wird die Leistung nicht gewährt und der Versicherte erhält einen Bescheid mit Angabe des Ablehnungsgrundes.

Vorgehensweise bei Ablehnungen von Leistungsanträgen

Abgelehnte Leistungsanträge führen beim Versicherten in erster Linie zu Enttäuschung und Verärgerung, müssen jedoch nicht bedingungslos akzeptiert werden. Es gibt die Möglichkeit gegen den Bescheid eines Leistungsträgers Widerspruch einzulegen. Oftmals wird die Leistung im Zuge einer Widerspruchsbearbeitung gewährt.

Damit ein Widerspruch Erfolg hat, müssen verschiedene Regularien beachtet werden.

Der Widerspruch muss **fristgerecht** und **formgerecht** (schriftlich oder zur Niederschrift, eine telefonische Mitteilung ist ungültig) bei der Behörde eingereicht werden.

Der Widerspruch kann entweder **schriftlich** an die Behörde, die den Bescheid erlassen hat, gerichtet werden, oder der Betroffene sucht die Behörde direkt auf und lässt dort seinen Widerspruch **zur Niederschrift** aufnehmen.

Frist- und formgerechte Widerspruchsabgabe

In der Regel geht aus dem Ablehnungsbescheid eine **Rechtsmittelbelehrung** hervor. Diese besagt bis zu welchem Zeitpunkt, in welcher Form und an welche Stelle der Widerspruch zu richten ist.

Um die Widerspruchsfrist zu wahren ist es grundsätzlich erforderlich der Behörde gegenüber schriftlich zu erklären, dass Widerspruch gegen die jeweilige Entscheidung eingelegt wird. Eine ausführliche Widerspruchsbegründung kann nachgereicht werden.

Wichtig: Im Regelfall muss der Widerspruch innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheids bei der jeweiligen Behörde eingehen. Fehlt im Bescheid des Leistungsträgers der Hinweis auf die Rechtsmittelbelehrung oder ist diese unrichtig, verlängert sich die Frist auf 1 Jahr.

Tipp

Sie sollten nachweisen können, dass Sie Ihr Widerspruchsschreiben fristgerecht eingereicht haben,

deshalb:

- versenden Sie Ihr Widerspruchsschreiben
 - als **Einschreiben** mit Rückschein,
 - per **Telefax** mit Sendeberechtigung (auf eine persönliche/gescannte Unterschrift, eine eindeutige Faxkennung mit Namen und Anschlussnummer sowie die korrekt eingestellte Datum- und Uhrzeitanzeige an dem Gerät ist zu achten) oder
 - per **E-Mail** mit elektronischer Signatur
- lassen Sie sich eine Bestätigung geben, wenn Sie Ihren Widerspruch direkt bei der Behörde abgeben. Solange kein Eingangsstempel erteilt wurde, ist die persönliche Abgabe oder das persönliche Einwerfen in den Briefkasten (trotz Zeugen) kein Zugangsnachweis
- lassen Sie sich eine gegengezeichnete und mit Eingangsdatum versehene Kopie geben, wenn Ihr Widerspruch von einem Sachbearbeiter der Behörde aufgenommen wird

Gestaltung und Inhalt eines Widerspruches

Damit der Widerspruch dem entsprechenden Fall zugeordnet werden kann, sollte er wesentliche Details, die u.a. dem Ablehnungsbescheid entnommen werden können, enthalten.

- Name und Kontaktdaten des Betroffenen, sowie aktuelles Datum
- Adresse, an die das Widerspruchsschreiben gerichtet werden soll
- im Betreff: Widerspruch gegen den Bescheid vom ...
- Bezugnahme auf Datum des Bescheides
- Nennung des Aktenzeichens/der Versichertennummer
- in der Anrede Name des Sachbearbeiters

Im Text sollte der Bezug zum Ablehnungsgrund hergestellt werden und eine nähere Ausführung der gegenteiligen Sicht erfolgen. Obwohl eine Widerspruchsbegründung nicht zwingend erforderlich ist, erhöht diese die Erfolgchancen deutlich. Eine detaillierte Beschreibung der Situation verbessert die Beurteilungssituation, was oft eine Bewilligung zur Folge hat.

Häufig liegen den Behörden nur unzureichende Kenntnisse zum jeweiligen Krankheitszustand vor. Bei Einlegung des Widerspruchs (üblicherweise innerhalb 1 Monats) kann zuerst Akteneinsicht (§ 25 SGB X) beantragt und sodann eine Begründung nachgereicht werden. So weiß der Betroffene genau, welche Unterlagen dem Leistungsträger vorlagen und kann nach Erhalt eine passende Widerspruchsbegründung formulieren.

Vorgehen der prüfenden Behörde

Primär prüft die Behörde, die den Bescheid erlassen hat, den Vorgang erneut. Sofern sich der Widerspruch gegen die Krankenkasse richtet, involviert diese häufig den [Medizinischen Dienst der Krankenversicherung](#), der den Sachverhalt aus medizinischer Sicht eingehend betrachtet. Kommt die Behörde zu dem Ergebnis, dass der Widerspruch begründet ist, wird der ursprüngliche Bescheid aufgehoben und die Leistung gewährt, d.h. "dem Widerspruch wird abgeholfen".

Ist aus Sicht der Behörde der Widerspruch unbegründet, wird dieser zurückgewiesen und der Vorgang der Widerspruchsbehörde zur Entscheidung vorgelegt. Diese prüft die Angelegenheit und erlässt einen

Widerspruchsbescheid. Wird die Leistung weiterhin nicht gewährt, kann der Betroffene [Klage](#) vor dem Sozialgericht erheben. Zu beachten ist hierbei, dass einer Klage vor einem Sozialgericht stets ein Widerspruchsverfahren vorangehen muss (sogenanntes Vorverfahren).

Wenn der Leistungsträger nicht binnen **3 Monaten** ohne zureichenden Grund über den Widerspruch entscheidet, können Betroffene **Untätigkeitsklage** erheben.

Wichtig: Im Gegensatz zu anderen Fachbereichen ist das Widerspruchsverfahren im Sozialrecht nicht mit Kosten verbunden.

Tipp

Es mag in der Praxis vorkommen, dass Leistungsträger wie die Krankenkasse, nach Einreichen des Widerspruchs den Versicherten kontaktieren. Für dieses Vorgehen ist seitens der Leistungsträger jedoch ein konkreter Anlass erforderlich. **Damit über den Widerspruch entschieden wird, muss der Versicherte nicht aktiv mitwirken.**

Ebenfalls kommt es vor, dass Versicherte gefragt werden, ob sie ihren Widerspruch zurücknehmen möchten. Grundsätzlich dürfen sie bei der Ausübung ihres Rechtes nicht behindert werden. Sofern der Leistungsträger eine Rücknahme begründet nahelegt, ist er verpflichtet den Versicherten zugleich darüber aufzuklären, dass durch eine solche Rücknahme der weitere Rechtsweg ausgeschlossen ist.

Eine telefonische Rücknahme des Widerspruchs ist grundsätzlich unzulässig und bedarf der Schriftform.

Anlaufstellen und weitere Informationsquellen

[Sozialverband VdK Deutschland e.V.](#)

Liniestraße 131
10115 Berlin
Telefon: 030 9210580-0
Telefax: 030 9210580-110
kontakt@vdk.de

und

[Sozialverband Deutschland e.V.](#)

Stralauer Str. 63
10179 Berlin
Telefon: 030 / 72 62 22 - 0
Telefax: 030 / 72 62 22 - 311
kontakt@sovd.de

Beide Einrichtungen unterhalten bundesweit ein dichtes Netz an Beratungsstellen. Gegen eine geringe Monatsgebühr erhalten Betroffene Unterstützung und Beratung in sozialrechtlichen Angelegenheiten.