

# Wenn Ämter schweigen

## Das Warten auf Gutachten kann den Ablauf verzögern

### Sach- und Rechtslage

Lehnt ein Sozialversicherungsträger einen Antrag ab, kann man sich wehren, dagegen Widerspruch erheben oder klagen. Man kann also etwas tun! Aber was ist, wenn sich der Sozialversicherungsträger einfach nicht meldet und auch mehrfache Nachfragen und Bitten nichts nützen? Häufig werde ich das von unseren Mitgliedern gefragt. Wie lange können sich Krankenkasse, Rentenversicherung oder Versorgungsamt Zeit lassen, um über einen Antrag zu entscheiden und vor allem, was kann man zur Beschleunigung tun?

### Was tun, wenn Sie als Antragsteller zu lange warten müssen?

Wer bei einem Sozialversicherungsträger eine Leistung beantragt, erwartet in der Regel eine zügige Entscheidung. Denn oft geht es um Zahlungen zum Lebensunterhalt wie Arbeitslosen- oder Krankengeld, Reha-Maßnahmen oder Umschulungen, medizinische Hilfsmittel oder die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft. Solange der zuständige Leistungsträger nicht entscheidet, hängt der Antragsteller „in der Luft“. Und je länger eine notwendige Behandlung

oder Umschulung nicht genehmigt ist, desto schlechter ist es für die gesundheitliche oder berufliche Situation des Betroffenen.

Grundsätzlich sollten Anträge kopiert und das Datum der Antragstellung und der Post-Ein- und Ausgänge notiert werden. Auch ist es oft hilfreich, den Briefumschlag aufzuheben, um wenigstens den Poststempel als Nachweis zu haben. Bitten Sie den Sozialversicherungsträger, wo es geht, auch um eine kurze Eingangsbestätigung. Hören Sie längere Zeit nichts, sollte zunächst versucht werden, telefonisch Kontakt aufzunehmen, um zum Beispiel grundsätzlich zu klären, ob der Antrag eingegangen ist und ob möglicherweise etwas fehlt. Auch das sollten Sie notieren mit Datum und Uhrzeit und dem Namen des Sachbearbeiters/der Sachbearbeiterin, mit dem/der Sie telefoniert haben.

Führt diese telefonische Nachfrage zu keinem Ergebnis oder rührt sich danach auch wieder längere Zeit nichts, sollte schriftlich an die Bearbeitung erinnert und eine Frist von zum Beispiel zwei bis drei Wochen für eine Entscheidung gesetzt werden. Verlangen Sie in diesem Schreiben einen rechtsmittelfähigen Bescheid von dem Sozialversicherungsträger, das zwingt ihn zum Handeln. Gleich-

zeitig sollte in diesem Schreiben nach Ablauf der Frist mit der Erhebung einer Untätigkeitsklage § 88 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gedroht werden. Eine Untätigkeitsklage kann beim zuständigen Sozialgericht erhoben und der Sozialversicherungsträger kann verklagt werden, einen Bescheid zu erteilen. Allerdings kann diese Klage frühestens nach sechs Monaten erhoben werden. Sie hat nur dann Erfolg, wenn der Sozialversicherungsträger keine hinreichenden Gründe für die Verzögerung hat. Hinreichende Gründe wären zum Beispiel, dass vom Antragsteller angeforderte Unterlagen nicht übersandt wurden, die behandelnden Ärzte auf die Anforderung von Befunden nicht oder verspätet reagiert haben oder die eingeschalteten Gutachter kein oder erst nach langer Zeit ein Gutachten vorlegten.

### Kürzere Fristen bei Untätigkeit im Widerspruchsverfahren

Die Sechsenmonatsfrist verkürzt sich im Widerspruchsverfahren deutlich, nämlich auf drei Monate. Aber auch hier kann sich der Sozialversicherungsträger gegebenenfalls darauf berufen, dass ihm eine Entscheidung aus sachlichen Gründen (zum Beispiel weil er auf Befunde der be-

handelnden Ärzte warten musste) nicht möglich war.

## Untätigkeitsklage – und dann ?

Mit der Untätigkeitsklage kann allerdings der Sozialversicherungsträger nur verpflichtet werden, überhaupt eine Entscheidung zu treffen. Diese kann auch negativ sein. Gegen diesen negativen Bescheid kann der Antragsteller dann Widerspruch erheben und gegebenenfalls erneut auf Leistung klagen. Vor Gericht gibt es keine Frist, innerhalb derer das Gericht entscheiden muss, weder über die Untätigkeitsklage noch über alle anderen Klagen.

## Genehmigungsfiktion – die Zauberformel ?

Für einen Antragsteller, für den es um eine wichtige Entscheidung geht, sind sechs beziehungsweise drei Monate immer noch sehr lang. Zumal sich der Sozialversicherungsträger oft darauf berufen wird, aus bestimmten Gründen nicht früher entscheiden zu können. Zumindest im Krankenversicherungsrecht und im Rehabilitationsrecht hat der Gesetzgeber seit 2013 für Abhilfe gesorgt. Danach gilt ein Antrag als genehmigt, wenn über ihn nicht innerhalb von drei Wochen entschieden wurde (sogenannte Genehmi-



*Häufig müssen Antragsteller sehr lange warten, bis sie erfahren, ob ihr Antrag genehmigt oder abgelehnt wird.*

gungsfiktion). Gesetzesgrundlage sind die §§ 13 Abs. 3a SGBV für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und 18 SGB IX für alle Rehabilitationsleistungen. Wenn ein Gutachten eingeholt wird, muss das Gutachten innerhalb von zwei Wochen vorliegen. Bereits zwei Wochen später muss entschieden werden, ansonsten gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

## Zuständigkeitsfiktion – eine weitere Zauberformel ?

Damit Zuständigkeitsstreitigkeiten unter den Leistungsträgern nicht auf dem Rücken des hilfeschuchenden Bürgers ausgegossen werden, regelt § 14 SGB IX, dass

ein Leistungsträger spätestens zwei Wochen nach Antragseingang geklärt haben muss, ob er für die Leistung zuständig ist. Wenn der Sozialversicherungsträger sich nicht meldet, hat er sich für zuständig erklärt! Schon nach einer weiteren Woche muss über die Leistung dann auch entschieden werden, ansonsten ist der Antrag unverzüglich an einen anderen Rehabilitationsträger weiterzuleiten. Dieser muss innerhalb von drei Wochen entscheiden, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist. Entscheidet er nicht, ist er für die beantragte Leistung zuständig. Das gilt allerdings nur für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und der Rehabilitationsträger!

## Wie finde ich den richtigen Ansprechpartner ?

Das SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Einrichtung von Ansprechstellen für Rehabilitation ab 1. Januar 2019. Diese klären den konkreten Hilfebedarf und schalten den zuständigen Leistungsträger ein. Dadurch sollen notwendige Leistungen nicht mehr durch Zuständigkeitsstreitigkeiten verzögert werden. Erreichbar sind die Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe unter <https://www.bar-frankfurt.de/themen/arbeitsleben/betriebliches-eingliedert>



*Eine Untätigkeitsklage kann zum Erfolg führen.*

## Kostenloser Mitgliederservice

*Haben Sie rechtliche Fragen, die das Gesundheitssystem betreffen? Als DPB-Mitglied können Sie die Rechtsberatung des Vereins kostenlos nutzen.*

*Melden Sie sich gern in der Geschäftsstelle: 040 223399-0, [info@psoriasis-bund.de](mailto:info@psoriasis-bund.de)* ■

rungsmanagement/wo/ansprechstellen-fuer-rehabilitation-und-teilhabe-12sgbix.html

## Leider keine Genehmigungsfiktion in anderen sozialrechtlichen Verfahren

Die Genehmigungsfiktion gilt allerdings nur im Krankenversicherungs- und Rehabilitationsrecht, nicht für das Verfahren auf Anerkennung einer Schwerbehinderung, im Sozialhilfeverfahren und bei Anträgen auf Arbeitslosengeld. Im Schwerbehindertenrecht richten sich die Bearbeitungsfristen bei den Versorgungsämtern nach § 152 Absatz 1 Satz 3 SGB IX. Stellen Erwerbstätige, das heißt als Arbeitnehmer (angestellte oder selbstständige Personen) einen Erstfeststellungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht, muss das Versorgungsamt den Antrag grundsätzlich innerhalb von drei Wochen bearbeitet haben, das heißt, einen Bescheid erteilen. Dies kann zum Beispiel wichtig sein, wenn es schnell gehen muss, um Kündigungsschutz zu erhalten. Beantragt danach „eine erwerbstätige Person die Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch“, gelten die in § 14 Absatz 2 Satz 2 und 4 sowie Absatz 5 Satz 2 und 5 SGB IX genannten Fristen sowie § 60 Absatz 1 SGB I entsprechend. Voraussetzung

ist, dass dem Versorgungsamt alle notwendigen Unterlagen vorliegen, also vor allem die von den im Antragsformular angegebenen Ärzten erstellten Befundberichte oder z. B. Entlassungsberichte aus Krankenhäusern und Rehakliniken, die Schweigepflichtentbindungserklärung und ähnliches.

Dann muss die Behörde innerhalb von drei Wochen einen Bescheid erteilen. Ist ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen. Nicht als Gutachten zählen allerdings die von den Versorgungsämtern eingeholten versorgungsärztlichen Stellungnahmen des eigenen ärztlichen Dienstes, sodass hierfür die Zweiwochenfrist nicht gilt und es bei der Entscheidungsfrist von drei Wochen bleibt.

Allerdings kann erst, wenn der Sozialversicherungsträger sechs Monate und mehr gar nichts getan hat, obwohl alle Unterlagen vorlagen, eine Untätigkeitsklage erhoben werden. Im Gegensatz zum Rehabilitations- und Krankenversicherungsrecht gibt es keine Genehmi-

gungsfiktion, wonach eine Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt gilt.

## Überlange Gerichtsverfahren

Allerdings sieht das Gesetz keine Fristen für die Gerichte, auch nicht der Sozialgerichte vor, innerhalb derer sie über eine Klage entscheiden müssen. Bei überlanger Verfahrensdauer kann es aber einen Anspruch auf Entschädigung geben. Die Entschädigung beträgt 1.200 Euro pro Jahr der Verzögerung. Wann ein Verfahren „Überlänge“ hat, ist im Einzelfall zu entscheiden, als Faustformel gilt etwa ein Jahr. Gezählt wird aber nur die Zeit, die das Verfahren bei dem jeweiligen Gericht liegt, und nicht die Gesamtdauer des Verfahrens ab Antragstellung bei der Behörde (Urteil des Hessischen Verwaltungsgerichtshof vom 22.03.2018, AZ: 29 C 1446/17.E) Es zählt auch nur die Zeit, welche die Akte unbearbeitet bei Gericht liegt, obwohl das Verfahren weitergeführt werden könnte. Damit ist etwa die Zeit, in der das Gericht auf ein Gutachten oder auf Schriftsätze der Parteien wartet, nicht zu berücksichtigen, weil ohne das Gutachten nicht entschieden werden kann. Fazit: Notieren Sie sich die Daten der Antragstellung und der Posteingänge, heben Sie zusätzlich die Briefumschläge auf. Sorgen Sie bereits bei Antragstellung dafür, dass Sie aktuelle Unterlagen einreichen und diese auch komplett sind. Bearbeiten Sie Rückfragen zügig. Bei Rückfragen an Ihre behandelnden Ärzte fragen Sie nach beziehungsweise kümmern Sie sich selbst darum, dass Ihre Ärzte diese Anfragen schnellstmöglich bearbeiten. So vermeiden Sie unnötige Verzögerungen. ■



**Meike Schoeler,**  
**Rechtsanwältin**  
Justitiarin des  
Deutschen Psoriasis  
Bundes e.V. (DPB)

*Dieser Artikel ist ein Nachdruck aus dem Morbus-Bechterew-journal Nr.157 vom Juni 2019 mit freundlicher Genehmigung der DVMB.*

*Bitte beachten Sie, dass in diesem Artikel allgemeine Rechtsgrundlagen beschrieben wurden. Diese Informationen ersetzen keine individuelle Rechtsberatung.*