

§ 51 SGB V

Die Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation verstehen

Arbeitshilfe für Sozialdienste und ambulante Beratungsstellen zur Problematik des § 51 SGB V



Impressum

Diese Arbeitshilfe entstand im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie ASO der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. in Zusammenarbeit mit dem Krebsinformationsdienst KID am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg und Leben nach Krebs! e.V.

Herausgeber

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin
Tel.: 030/322 9329-0
Fax: 030/322 9329-22
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
Web: www.krebsgesellschaft.de
V.i.S.d.P.: Dr. Johannes Bruns

Autor*innen, fachliche Beratung, Lektorat

Carmen Flecks (Krebsinformationsdienst, Heidelberg);
Katharina Bachmann, Susannah Goss, Sabine Schreiber (Leben nach Krebs! e.V.);
Anne Taubert, Annabelle Picard, Jürgen Walther (Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Heidelberg)

Grafische Gestaltung, Illustration

Claudia Mohr (Leben nach Krebs! e.V.)

Bildnachweise

Titel: Claudia Mohr, Seite 7: Georg Roither, Seite 15: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Seite 33, 35, 37, 39: Adobe Stock/Galina, Claudia Mohr

Hinweise für Nutzer*innen

Bei der vorliegenden Broschüre handelt es sich um eine Arbeitshilfe, die sich an qualifizierte Fachkräfte in Beratungsstellen, Sozialdiensten und der Selbsthilfe wendet, die innerhalb der Grenzen des Rechtsdienstleistungsgesetzes auch sozialrechtliche Beratung durchführen dürfen.

Die Inhalte sind sorgfältig recherchiert, geprüft und zusammengestellt. Sie beziehen sich auf den Rechtsstand vom Dezember 2020.

Die Broschüre dient als Leitfaden und zur vertieften Information für die soziale Beratung. Sie ersetzt keinesfalls eine qualifizierte Rechtsberatung.

Die Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation verstehen

**Arbeitshilfe für Sozialdienste und ambulante
Beratungsstellen zur Problematik des § 51 SGB V**

Dank	6
Vorwort	7
Einleitung	9

1. Die Aufforderung zum Antrag auf Rehabilitation nach § 51 SGB V verstehen und einordnen	11
2. Konsequenzen für Betroffene	12
2.1 Rechtliche Konsequenzen	12
2.2 Finanzielle Konsequenzen.....	12
2.3 Psychosoziale Konsequenzen.....	13

3. Das Verfahren – Schritt für Schritt	14
3.1 Anfrage bei behandelnden Ärzt*innen (Muster 52) und ärztliches (MD-)Gutachten	14
3.2 Ankündigung einer Aufforderung: Anhörung nach § 24 SGB X.....	17
3.3 Rechtmäßigkeit der Aufforderung nach § 51 SGB V.....	19
3.3.1 Verweis auf Gutachten als Entscheidungsgrundlage	19
3.3.2 Begründung der Ermessensentscheidung	19
3.3.3 10-Wochen-Frist	21
3.3.4 Aufklärung über die Rechtsfolgen	21
3.3.5 Rechtsbehelfsbelehrung	22
3.4 Widerspruch gegen die Aufforderung nach § 51 SGB V.....	23
3.4.1 Ablauf des Widerspruchsverfahrens	23
3.4.2 Widerspruchsbegründung	25
3.4.3 Rechtswirkungen des Widerspruchs.....	25

4. Weiterer Rechtsschutz	27
---------------------------------------	-----------

Anhang	28
---------------------	-----------

A1. Kompaktübersicht über das Verfahren	29
A1.1 Ablaufdiagramm: Verfahrensablauf und Beratungsschwerpunkte bei der Aufforderung nach § 51 SGB V	29
A1.2 Vorgehen bei rechtlich strittigen Fragen – Überblick und Entscheidungshilfe.....	30
A1.3 Entscheidungsmatrix für oder gegen einen Widerspruch	32
A2. Fallbeispiele aus der Beratungspraxis	33
A2.1 Frau A., 47 Jahre, verheiratet, eine erwachsene Tochter, Flugbegleiterin.....	33
A2.2 Frau B., 54 Jahre, alleinstehend, keine Kinder, kaum soziale Anbindung, berufstätig als Sekretärin.....	35
A2.3 Frau C., 63 Jahre, verheiratet, Erzieherin	37
A2.4 Herr D., 55 Jahre, verheiratet, Bürokaufmann	39

A3. Textbausteine und Formulierungshilfen für den Widerspruch	41
--	-----------

Literatur	44
------------------------	-----------

Kontaktadressen	45
------------------------------	-----------

Liebe*r Leser*in

Trotz des medizinischen Fortschritts ist die Diagnose Krebs noch immer ein tiefgreifender Einschnitt im Leben jedes Betroffenen. Wer an Krebs erkrankt, muss mit langen Krankheitszeiten und Rückfällen rechnen. Krankheitsverlauf und Behandlungsmaßnahmen sind für die Betroffenen nicht nur physisch und psychisch belastend, oft geraten Patient*innen auch an den Rand ihrer wirtschaftlichen Existenz. Nicht immer werden diese Belastungen durch unser soziales Sicherungssystem aufgefangen. Krebs, so lautet das Ergebnis von Untersuchungen, erhöht in Deutschland das Armutsrisiko deutlich.



Dazu tragen unter anderem die vermehrten Versuche der Krankenkassen bei, Krebskranke frühzeitig aus dem Krankengeldbezug auszusteuern. Oft erhalten die Betroffenen noch während der Akutbehandlung von ihrer Krankenkasse die Aufforderung, bei der Rentenversicherung einen Antrag auf Rehabilitation nach § 51 SGB V zu stellen. Wird die Rückkehr ins Erwerbsleben dann als fraglich beurteilt, kann dieser Rehabilitationsantrag von der Rentenversicherung in einen Rentenantrag umgewandelt werden – mit erheblichen negativen Folgen für die berufliche Zukunft und die finanzielle Sicherung der Betroffenen.

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) setzt sich sehr dafür ein, dass Krebskranke nicht sozial benachteiligt werden. Wer als Betroffener sozialrechtliche Beratung oder Informationen sucht, findet Hilfe bei 124 ambulanten Krebsberatungsstellen, die von den 16 Landeskrebsgesellschaften unter dem Dach der DKG betrieben werden. Krebszentren mit einer DKG-Zertifizierung arbeiten außerdem eng mit Kliniksozialdiensten zusammen, um Betroffenen bereits während der stationären Behandlung bei sozialrechtlichen Anliegen unterstützen zu können. Die rechtlichen Aspekte im Zusammenhang mit § 51 SGB V sind vielfältig – umso mehr freue ich mich über diese Arbeitshilfe, die von der DKG-Arbeitsgemeinschaft für Soziale Arbeit in der Onkologie initiiert und erstellt wurde. Sie bietet eine hervorragende Grundlage für die Arbeit in diesem komplexen Beratungsfeld.

Dr. Johannes Bruns
Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.

Dank

Die Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) bedankt sich bei der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., durch deren Projektförderung die vorliegende Arbeitshilfe verwirklicht werden konnte.

Sie bedankt sich weiterhin bei allen beteiligten Projektpartnern, insbesondere der Interessenvertretung und Selbsthilfe Leben nach Krebs! e.V., dem Krebsinformationsdienst am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg und dem Sozialdienst am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen in Heidelberg.

§ 51 Sozial- gesetzbuch V

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe



Gesetzestext

(1) Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie entweder einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem Leistungsträger mit Sitz im Inland oder einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Inland zu stellen haben.

(1a) Beziehen Versicherte eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung und ist absehbar, dass die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches nicht überschritten wird, so kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer die Versicherten einen Antrag nach § 34 Absatz 3e des Sechsten Buches zu stellen haben.

(2) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte mit Erreichen der Regelaltersgrenze, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.

(3) Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf. Ergibt sich im Falle des Absatzes 1a, dass die Hinzuverdienstgrenze nach Feststellung des Rentenversicherungsträgers überschritten wird, besteht abweichend von Satz 1 rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld ab Ablauf der Frist.

Aktuell sind etwa 35 bis 45 Prozent der Menschen, die eine Krebsdiagnose erhalten, im erwerbsfähigen Alter. Dank verbesserter Behandlungsmethoden kann ein großer Teil der Betroffenen geheilt werden oder aber noch viele Jahre mit dieser – dann chronischen – Erkrankung leben. Für sie und ihre Angehörigen ist eine umfassende und zeitnahe Beratung zu Fragen ihres weiteren beruflichen Lebensweges und der finanziellen Absicherung immer wichtiger.

Diese Arbeitshilfe wendet sich an Sozialarbeiter*innen in Akutkrankenhäusern, ambulanten Beratungsstellen und Rehabilitationskliniken. Sie beraten dort regelmäßig Krebspatient*innen, die im Erwerbsleben stehen und Krankengeld von der gesetzlichen Krankenkasse beziehen.

Häufig werden Krebspatient*innen von der Krankenkasse aufgefordert, bei der Rentenversicherung einen Antrag auf Rehabilitation nach § 51 SGB V zu stellen – mit dem Hintergrund, die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen durch die Rentenversicherung prüfen zu lassen. Wenn sie nicht mehr nur (vorübergehend) arbeitsunfähig sind, sondern längerfristig oder dauerhaft erwerbsgemindert, haben sie keinen Anspruch mehr auf Krankengeld. An die Stelle des Krankengeldes können Ansprüche auf Erwerbsminderungsrente treten. Das kann erhebliche Folgen für die berufliche Zukunft und die finanzielle Absicherung von Krebspatient*innen haben. Die Erwerbsminderungsrente ist häufig geringer als das Krankengeld und der Rentenbezug kann Auswirkungen auf das Arbeitsverhältnis haben.

Mit dieser Arbeitshilfe tragen wir zur gezielten Qualifizierung der Berater*innen bei. Wir sind uns dabei bewusst, dass die Beratung zu der Thematik sozialrechtlich und auch hinsichtlich der sozialen Beratungskompetenzen sehr anspruchsvoll ist. Die Arbeitshilfe soll die Problematik darstellen, offene Fragen klären und praktische Empfehlungen für die Beratung onkologischer Patient*innen geben. Darüber hinaus kann sie onkologisch behandelnden Ärzt*innen, beratenden Sozialverbänden und Selbsthilfegruppen sowie den Patient*innen und ihren Angehörigen selbst als Informationsbroschüre dienen.

In den folgenden Abschnitten wird das gesamte Verfahren der Aufforderung zur Rehabilitation nach § 51 SGB V Schritt für Schritt bis hin zum Widerspruch beschrieben. In den einzelnen Verfahrensschritten werden neben grundlegenden Informationen und vertiefenden Rechtsgrundlagen auch Tipps für die Beratungs-

praxis gegeben. Diese werden im Anhang der Arbeitshilfe durch Fallbeispiele sowie Entscheidungs- und Formulierungshilfen für den Beratungsalltag ergänzt.

**Kurz erklärt
Arbeits-
unfähigkeit,
Erwerbs-
minderung,
Berufs-
unfähigkeit**

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähig sind Personen, die vorübergehend aufgrund von Krankheit ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit „nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können“ (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses).

Erwerbsminderung

Erwerbsgemindert sind Personen, die unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes weniger als drei Stunden täglich erwerbstätig sein können. Teilweise erwerbsgemindert sind Personen, die zwischen drei und weniger als sechs Stunden täglich erwerbstätig sein können (§ 43 SGB VI).

Berufsunfähigkeit

Berufsunfähig sind Personen, die aus gesundheitlichen Gründen in ihrem Beruf oder in einem zumutbaren Verweisungsberuf weniger als sechs Stunden arbeiten können. Das Risiko Berufsunfähigkeit ist durch die gesetzliche Rentenversicherung nur noch in einer Übergangsphase für vor dem 2.1.1961 Geborene abgesichert (§ 240 SGB VI). Schutz bietet zukünftig nur eine private Berufsunfähigkeitsversicherung. Wer prognostisch weniger als 50 Prozent im bisher ausgeübten Beruf arbeiten kann, gilt bei privaten BU-Versicherungen in der Regel als berufsunfähig.

1. Die Aufforderung zum Antrag auf Rehabilitation nach § 51 SGB V verstehen und einordnen

Die Aufforderung zum „Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 51 SGB V ist ein wichtiges Thema in der sozialen und sozialrechtlichen Beratung geworden.

Die Praxis zeigt, dass Patient*innen mit onkologischen Erkrankungen von den gesetzlichen Krankenkassen immer früher aufgefordert werden, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen. Regelmäßig erfolgt die Aufforderung bereits während der noch laufenden Akutbehandlung, in Einzelfällen sogar unmittelbar nach Beginn des Krankengeldbezugs.

Die Aufforderung zur Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme in einer frühen Krankheits- und Behandlungsphase dient in erster Linie der frühzeitigen Sicherung möglicher Erstattungsansprüche der Krankenkassen gegenüber den Rentenversicherungsträgern. Sie folgt einer ökonomischen Kostenträgerlogik und keinem medizinischen Behandlungsplan.

Nicht nur in der Onkologie stellt dieses Vorgehen die betroffenen Menschen, die Behandelnden und die Sozialberatung vor zahlreiche Herausforderungen. Die Praxis zeigt, dass in einer Vielzahl von Fällen allein die onkologische Diagnose für die Krankenkassen ausreicht, Patient*innen aufzufordern, einen Antrag auf Rehabilitation nach § 51 SGB V zu stellen. Die Besonderheiten des Einzelfalles – individuelle medizinische, soziale und berufliche Aspekte – werden nicht gewürdigt.

2. Konsequenzen für Betroffene

Die Aufforderung der Krankenkasse, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen, schränkt den sozialrechtlichen Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum der Betroffenen ein. Die Aufforderung hat für sie weitreichende Konsequenzen auf mehreren Ebenen:

2.1 Rechtliche Konsequenzen

- **Einschränkung des Gestaltungsrechts (Dispositionsrechts)**

Das heißt, dass Krebspatient*innen zukünftige Entscheidungen über den Ort und den Zeitpunkt einer Rehabilitationsmaßnahme nur mit Zustimmung ihrer gesetzlichen Krankenkasse treffen dürfen. Patient*innen dürfen den Antrag auf Rehabilitation später auch nicht einfach wieder zurücknehmen.

- **Umwandlung des Rehabilitationsantrags in einen Rentenantrag**

Der Rehabilitationsantrag kann von der Rentenversicherung in einen Rentenantrag umgewandelt werden. Rechtliche Grundlage dafür ist § 116 SGB V. Der Antrag auf Rehabilitation kann sich damit unmittelbar auf den Rentenbeginn auswirken und das Ende des Erwerbslebens bedeuten.

- **Auswirkungen auf das Arbeitsverhältnis**

Arbeits- und Tarifverträge können Regelungen enthalten, nach denen der Arbeitsvertrag automatisch endet, wenn der Rentenversicherungsträger die Erwerbsminderung festgestellt hat.

2.2 Finanzielle Konsequenzen

- **Wegfall des Krankengeldes**

Wenn Patient*innen den Antrag auf Rehabilitation nicht oder verspätet stellen, verlieren sie ihren Anspruch auf Krankengeld. Der Anspruch lebt wieder auf, sobald der Antrag gestellt wird. Für den Zeitraum dazwischen erhalten sie kein rückwirkendes Krankengeld.

- **Drohender Verlust der beitragsfreien Krankenversicherung**

Die Krankenkasse stellt das Krankengeld in der Regel ein, wenn der Rehabilitationsantrag nicht innerhalb der 10-Wochen-Frist gestellt wird. Der Anspruch auf die beitragsfreie Krankenversicherung bleibt dann nur bestehen, wenn der Krankenkasse auch weiterhin lückenlos ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorgelegt werden. Andernfalls endet der beitragsfreie Versicherungsschutz und die Versicherung wird in eine beitragspflichtige „obligatorische Anschlussversicherung“ (§ 188 Abs. 4 SGB V) umgewandelt. Falls die Voraussetzungen vorliegen, kann der Versicherungsschutz auch mit einer Familienversicherung aufrechterhalten werden.

- **Wegfall des Anspruchs auf Arbeitslosengeld nach § 145 SGB III (Nahtlosigkeit)**

Der Anspruch auf Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung entfällt, wenn der Rehabilitationsantrag in einen Rentenantrag umgewandelt wird. Dies gilt auch, wenn aufgrund fehlender versicherungsrechtlicher Voraussetzungen kein Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente besteht.

- **Langfristige Auswirkung auf die zu erwartende Rentenhöhe**

Der Bezug einer (befristeten) Erwerbsminderungsrente kann die Höhe der zu erwartenden Altersrente mindern.

2.3 Psychosoziale Konsequenzen

- Angst vor finanziellen Belastungen, zum Beispiel Verlust des Krankengeldes.
- Sorge um den Verlust des Arbeitsplatzes und der beruflichen Perspektive.
- Ungewissheit wegen drohender ungewollter Berentung.
- Angst vor Belastungen durch eine (rechtliche) Auseinandersetzung mit der Krankenkasse.
- Bedenken und Unsicherheit, im Falle eines Widerspruchs von der Krankenkasse in anderen Leistungsbereichen sanktioniert zu werden (z. B. Ablehnung von Behandlungskosten bei Anträgen auf individuelle Heilversuche).
- Befürchtung, für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme die Akuttherapie unterbrechen zu müssen.
- Wahrnehmung der Rehabilitationsmaßnahme als Sanktion.
- Zu frühe Wiederaufnahme der Berufstätigkeit, verbunden mit der Gefahr, dass der Rückkehrversuch scheitert.

3. Das Verfahren – Schritt für Schritt

Die Krankenkasse kann Patient*innen unter bestimmten Voraussetzungen auffordern, einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation zu stellen.

Die Praxis der Beratung erwerbstätiger Patient*innen hat gezeigt, dass es ratsam ist, Patient*innen schon frühzeitig darauf hinzuweisen und sie auf das Verfahren vorzubereiten. So können Betroffene Zeit gewinnen, um sich mit den möglichen Folgen der Aufforderung auseinander zu setzen und einen persönlichen Weg für den Umgang damit zu entwickeln. Belastungen können dadurch verringert werden.

Im Folgenden beschreiben wir die einzelnen Verfahrensschritte und geben praktische Tipps für die Beratung.

3.1 Anfrage bei behandelnden Ärzt*innen (Muster 52) und ärztliches (MD-)Gutachten

Die Krankenkasse kann Patient*innen nur dann auffordern, einen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen nach § 51 SGB V zu stellen, wenn in einem ärztlichen Gutachten festgestellt wurde, dass sie in ihrer Erwerbsfähigkeit erheblich gemindert oder bedroht sind (§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Das Gutachten wird in der Regel von der Krankenkasse beim Medizinischen Dienst (MD) in Auftrag gegeben. Dafür reicht es bereits aus, dass die Patient*innen arbeitsunfähig („krankgeschrieben“) sind. Eine Krankengeldzahlung muss noch nicht erfolgt sein. Regelmäßig fordern die Krankenkassen als Grundlage für das (MD-)Gutachten vorab bei den behandelnden Ärzt*innen einen Bericht über die bestehende Arbeitsunfähigkeit an. Für diese Anfrage bei den Ärzt*innen müssen die Krankenkassen das Musterformular 52 nutzen (siehe nächste Seite). Die Anfrage darf frühestens 21 Tage nach der Arbeitsunfähigkeit gestellt werden.¹ Neben Informationen zu der beruf-

¹ Gemeinsamer Bundesausschuss: 2020, § 4 III 2.

lichen Situation der Patient*innen sowie der laufenden bzw. geplanten Therapie wird unter Ziffer 8 des Formulars abgefragt, ob eine Erwerbsminderung besteht oder droht.

Die Ärzt*innen müssen bei dieser Anfrage also einschätzen, ob lediglich akute Arbeitsunfähigkeit oder bereits eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt.

Nach der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit des MDS vom 15.05.2017 liegt eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vor, „wenn durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen ohne die Leistungen zur Teilhabe innerhalb von drei Jahren mit einer ‚Minderung der Erwerbsfähigkeit‘ zu rechnen ist“.²

Das Gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände zum Krankengeld vom 3.12.2020 definiert in Anlehnung an § 10 SGB VI die „erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit“ so, „dass durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen innerhalb von drei Jahren mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist“.³

² Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): 2017

³ GKV-Spitzenverband u. a.: 2020; Kapitel 8.2. Auslegungsgroundsätze 2.4 und 2.5

Das Bild zeigt ein Formular mit dem Titel 'Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit' (Muster 52). Es ist ein Dokument zur Dokumentation der Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten. Das Formular ist in mehrere Abschnitte unterteilt:

- Kopfzeile:** Enthält Felder für 'Krankenkasse bzw. Kostenträger', 'Name, Vorname des Versicherten', 'Geburtsdatum', 'Krankenkassennummer', 'Versichertennummer', 'Status', 'Berufstätigkeit', 'Arzt-Nr.', 'Datum' und 'Muster 52 (3.2019)'.
- Frage 1:** 'Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?' mit mehreren Feldern für ICD-10-Codes.
- Frage 2:** 'Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?' (Bei Empfängern von Arbeitslosgeld bitte 2.2 beantworten).
 - 2.1: 'erwerbstätig als' mit einem Textfeld.
 - 2.2: 'Der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosgeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für ... Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt. Kann der Empfänger von Arbeitslosgeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben?' mit 'ja'/'nein' Optionen.
- Frage 3:** 'Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?' mit 'ja'/'nein' Optionen und 'Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab' mit einem Textfeld.
- Frage 4:** 'Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?' (konservativ/operativ) mit Textfeldern.
- Frage 5:** 'Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung) (Diese Angabe ist nur erforderlich, wenn nicht aus dem Befundbericht ersichtbar.)' mit Textfeldern.
- Frage 6:** 'Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?' mit mehreren Auswahlmöglichkeiten: 'keine', 'innerbetriebliche Arbeitsplatzwechsel', 'Stufenweise Wiedereingliederung', 'Sonstige', 'Medizinische Rehabilitation', 'Psychotherapeutische Behandlung', 'Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben'.
- Frage 7:** 'Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?' mit 'ja'/'nein' Optionen und 'folgende' mit Textfeldern.
- Frage 8:** 'Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?' mit 'ja'/'nein' Optionen.
- Frage 9:** 'Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand' mit einem großen Textfeld.
- Unten:** Felder für 'Für das Ausstellen dieses Berichts ist die Nr. 01022 EBM berechnungsfähig', 'Datum' und 'Berichtsbereitgestellt / Unterschrift des Arztes'.

Anfrage bei behandelnden Ärzt*innen – Muster 52

Unabhängig von diesen nur zwischen den beteiligten Leistungsträgern verbindlichen Vereinbarungen erfolgt in der Rechtsprechung die Abgrenzung zwischen akuter Arbeitsunfähigkeit und Gefährdung der Erwerbsminderung nach der Einschätzung, ob die Arbeitsunfähigkeit länger als sechs Monate anhält.⁴

Für Betroffene können die unterschiedlichen Definitionen einen gravierenden Unterschied in der Einordnung ihrer individuellen Situation ausmachen. Dies kann jedoch im Rahmen dieser Arbeitshilfe nicht aufgelöst werden.

In jedem Fall müssen die Ärzt*innen bei ihren Entscheidungen die persönlichen Verhältnisse der Patient*innen berücksichtigen. Dazu zählen insbesondere die körperliche und psychische Konstitution und die sich daraus ergebende Leistungsfähigkeit.

Mit dem Musterformular 52 werden die Ärzt*innen zudem aufgefordert, vorhandene medizinische Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse weiterzuleiten. Die Krankenkasse öffnet den Umschlag nicht, sondern leitet die Unterlagen an die (MD-)Gutachter*innen weiter.

>> Was Sie in der Beratung beachten sollten

- Informieren Sie Patient*innen darüber, dass sie von ihrer Krankenkasse aufgefordert werden können, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen.
- Empfehlen Sie Patient*innen, ihre Ärzt*innen frühzeitig auf die Thematik anzusprechen. Gemeinsam mit ihren Ärzt*innen können Patient*innen die Erwerbsperspektive besprechen und das weitere Vorgehen abstimmen.

⁴ z. B. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 30.05.2017, Az.: L 20 KR 545/16; BSG, Urteil vom 22.09.1981, Az.: 1 RJ 12/80. Siehe auch Brinkhoff in: Schlegel/Voelzke, juris-PK-SGB V, 4. Auflage, § 51 SGB V, 2020.

3.2 Ankündigung einer Aufforderung: Anhörung nach § 24 SGB X

Bevor die Krankenkasse Patient*innen auffordern kann, einen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen nach § 51 SGB V zu stellen, muss sie die Betroffenen anhören (§ 24 SGB X).

Die Anhörung kann mündlich oder schriftlich erfolgen.

In der schriftlichen Anhörung teilt die Krankenkasse den Patient*innen mit, dass sie beabsichtigt, eine Aufforderung nach § 51 SGB V zu stellen. Die Krankenkasse muss im Rahmen der Anhörung darlegen, auf welchen Tatsachen ihre Absicht, eine Aufforderung zu stellen, beruht. Regelmäßig wird die Krankenkasse hier auf den Inhalt des (MD-)Gutachtens verweisen. Die Krankenkasse setzt Betroffenen dann eine Frist, in der sie sich zu der beabsichtigten Aufforderung äußern können. Die Frist muss angemessen sein und beträgt in der Regel zwischen zwei und vier Wochen.

Häufig rufen die Krankenkassen die Patient*innen auch an und fordern sie mündlich auf, einen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen zu stellen. Die Anrufe können rechtlich als – zulässige – mündliche Anhörung bewertet werden. Auch bei der

Exkurs Mitwirkungspflichten

Wer Sozialleistungen bezieht, ist zur Mitwirkung verpflichtet. Inhalt, Umfang und Grenzen der Mitwirkungspflichten sind in den §§ 60 bis 67 SGB I geregelt. Zu den allgemeinen Mitwirkungspflichten gehören z. B. die Angabe von Tatsachen, im Einzelfall das persönliche Erscheinen oder die Teilnahme an einer Untersuchung.

Die Pflicht zur Mitwirkung hat aber auch Grenzen (§ 65 SGB I), etwa dann, wenn die Ansprüche eines Leistungsträgers unverhältnismäßig sind oder er sich notwendige Informationen mit geringerem Aufwand selbst beschaffen kann.

In Einzelfällen fordern Krankenkassen zur Rehabilitation auf, berufen sich auf § 63 SGB I (Durchführung einer Heilbehandlung) und setzen eine Frist zur Antragstellung von drei Wochen.

Dazu sind Versicherte nicht verpflichtet. Die speziellen Mitwirkungspflichten im Rahmen des § 51 SGB V sehen die Antragstellung innerhalb einer Frist von 10 Wochen vor.

Hilfreiche Informationen zu den Mitwirkungspflichten finden Sie auch im Merkblatt „Mitwirkungspflichten“ des VdK Rheinland-Pfalz (Dietze u.a.: 2012).

mündlichen Anhörung muss die Krankenkasse den Patient*innen eine angemessene Frist zur Stellungnahme einräumen.

Für Patient*innen ist die Anhörung eine Möglichkeit, sich frühzeitig in das Verfahren einzubringen und – sofern gewünscht – gegen die Aufforderung zu wehren. In der Anhörung können sie ihre aktuelle (Behandlungs-) Situation darstellen und Argumente gegen die Aufforderung vorbringen. Weiterhin können sie bereits zum jetzigen Zeitpunkt das zugrundeliegende (MD-) Gutachten anfordern.

Patient*innen sind jedoch nicht verpflichtet, auf die Anhörung zu reagieren. Aus taktischen Gründen kann es sinnvoll sein, die Frist verstreichen zu lassen. Zum Beispiel dann, wenn bei Patient*innen zu diesem Zeitpunkt tatsächlich eine Erwerbsminderung zu erwarten ist, weil sie einen Rückfall haben oder die Behandlung keine Fortschritte macht. Die Krankenkasse kann jedoch Patient*innen auch auffordern, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen, wenn sie auf die Anhörung nicht reagiert haben.

>> Was Sie in der Beratung beachten sollten

- Informieren Sie Ihre Patient*innen darüber, dass einige Krankenkassen vor einer beabsichtigten schriftlichen Aufforderung telefonisch Kontakt zu ihnen aufnehmen.
- Besprechen Sie mit Ihren Patient*innen, wie sie auf diese Anrufe der Krankenkasse reagieren können. So können sie zum Beispiel darum bitten, nicht angerufen und nur schriftlich kontaktiert zu werden.⁵
- Weisen Sie Ihre Patient*innen auf die Möglichkeit hin, das (MD-)Gutachten anzufordern.
- Bieten Sie Ihren Patient*innen ganz konkret an, sie beim Verfassen einer Stellungnahme im Rahmen der Anhörung zu unterstützen.
- Klären Sie mit Ihren Patient*innen, ob und wie die behandelnden Ärzt*innen sie unterstützen können. Eine Möglichkeit kann eine schriftliche ärztliche Stellungnahme zur aktuellen Behandlungsphase sein.

⁵ Bundesamt für Soziale Sicherung: 2018 sowie Ergänzung von 2020

3.3 Rechtmäßigkeit der Aufforderung nach § 51 SGB V

Wenn Patient*innen die Aufforderung erhalten, muss geprüft werden, ob sie rechtmäßig ist. Sie ist nur dann rechtmäßig, wenn sie den gesetzlichen Vorgaben entspricht. Im Folgenden werden die wesentlichen Punkte dargestellt.

Wichtig

Auch wenn der Bescheid (Aufforderung) nicht rechtmäßig ist, ist er erlassen („in der Welt“) und zunächst wirksam. Er wird bestandskräftig (endgültig wirksam), wenn gegen ihn kein Widerspruch eingelegt wird. Deshalb sollte im Zweifel immer Widerspruch eingelegt und in der Begründung auf die Rechtswidrigkeit hingewiesen werden.

3.3.1 Verweis auf Gutachten als Entscheidungsgrundlage

Die Krankenkasse kann Patient*innen nur auffordern, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen, wenn ein ärztliches (MD-)Gutachten vorliegt. In dem Gutachten muss festgestellt worden sein, dass eine Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliegt. Manche Krankenkassen legen das Gutachten der Aufforderung gleich bei. Sofern es nicht beiliegt, können und sollten es Patient*innen formlos bei ihrer Krankenkasse anfordern.

Das ärztliche (MD-)Gutachten muss bestimmte formale Anforderungen erfüllen. Ein einfaches Attest oder eine andere ärztliche Bescheinigung ist dafür nicht ausreichend. In dem Gutachten müssen die bekannten Befunde (summarisch) genannt sein. Zudem müssen die daraus folgenden Leistungsbeschränkungen und ihre voraussichtliche Dauer dargelegt sein. In der Regel ist es ausreichend, wenn das ärztliche (MD-)Gutachten nach Aktenlage erstellt wurde und keine persönliche Untersuchung der Patient*innen erfolgt ist.

3.3.2 Begründung der Ermessensentscheidung

Die Krankenkasse entscheidet nach eigenem Ermessen, ob und wann sie Patient*innen auffordert, einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme zu stellen. § 51 SGB V ist eine sogenannte „Kann-Vorschrift“, das heißt, dass die Krankenkasse Patient*innen auffordern kann, es jedoch nicht muss. Wenn sie jedoch eine Aufforderung erlässt, muss sie darin auch begründen, weshalb (§ 35 SGB X). Die Begründung muss alle für die Entscheidung relevanten Umstände enthalten. Dabei muss

erkennbar sein, auf welcher Grundlage die Krankenkasse ihre Entscheidung getroffen hat.

Häufig wird von Krankenkassen das Interesse der Versichertengemeinschaft als Begründung für die Aufforderung herangezogen. Im Interesse der Versichertengemeinschaft hat die Krankenkasse ein Interesse daran, dass die Leistungsansprüche auf die Rentenversicherungsträger übergehen. Ob dies als Nachweis für die pflichtgemäße Ermessensausübung ausreichend ist, ist vom Einzelfall abhängig und wird in der Rechtsprechung unterschiedlich bewertet.⁶ Allein die Tatsache, dass bei Betroffenen die Rente geringer ist als das Krankengeld, reicht als Begründung gegen die Aufforderung nicht aus. Auch nicht, dass die Rente sich möglicherweise in der Zeit des Krankengeldbezugs erhöht.

Beispiele, in denen die Interessen Betroffener überwiegen können und die Krankenkassen im Einzelfall keine Aufforderung erlassen können, sind:

- wenn im Tarif- und Arbeitsvertrag festgelegt ist, dass ein Rentenantrag zum Verlust des Arbeitsplatzes führt,
- wenn ein Anspruch auf Betriebsrente verloren gehen würde,
- wenn rentenrechtliche Wartezeiten deshalb nicht erfüllt werden können.

Nachträgliche Aufforderung

Auf der Basis eines Urteils des Bundessozialgerichtes aus dem Jahr 2008 darf die Krankenkasse, wenn bereits ein Antrag auf Rehabilitationsleistungen gestellt ist und die sonstigen Voraussetzungen nach § 51 SGB V vorliegen, nachträglich die Gestaltungsrechte einschränken. Für die versicherte Person bedeutet das, der bereits gestellte Antrag wird so bewertet, als hätte die Krankenkasse dazu aufgefordert. Lediglich die 10-Wochen-Frist entfällt. Für das weitere Verfahren, Rechtsfolgen und Konsequenzen für Betroffene sowie den Rechtsschutz gelten die Abschnitte 2 bis 4 entsprechend.⁷

⁶ BSG, Urteil vom 07.12.2004, Az.: B 1 KR 6/03, juris Rz. 35

⁷ BSG, Urteile vom 26.06.2008, Az.: B13 R 141/07 R und B13 R37/07 R

3.3.3 10-Wochen-Frist

Patient*innen haben ab dem Zugang der Aufforderung der Krankenkasse eine Frist von 10 Wochen, um den Antrag bei der Rentenversicherung zu stellen.⁸ Die Antragsfrist muss aus der Aufforderung klar hervorgehen. Enthält die Aufforderung eine kürzere Frist, ist sie zwar rechtswidrig, der Bescheid aber dennoch wirksam.

3.3.4 Aufklärung über die Rechtsfolgen

Die Krankenkasse muss die Patient*innen in der Aufforderung auf die Folgen hinweisen, wenn sie den Antrag auf eine Rehabilitation nicht stellen. Das bedeutet, dass in der Aufforderung auf Folgendes hingewiesen werden muss:

• Möglicher Wegfall des Krankengeldes

Wenn der Antrag auf eine Rehabilitation nach Ablauf der 10-Wochen-Frist nicht gestellt wird, kann die Krankenkasse die Krankengeldzahlung einstellen. Sobald die Antragstellung nachgeholt wird, lebt der Anspruch wieder auf.

• Möglicher Wegfall des beitragsfreien Versicherungsschutzes

Während des Bezugs von Krankengeld ist der Versicherungsschutz beitragsfrei. Wird die Krankengeldzahlung eingestellt, muss die Arbeitsunfähigkeit lückenlos nachgewiesen werden, sonst müssen Versicherte freiwillige Beiträge leisten oder sie verlieren ihren Versicherungsschutz.

• Mögliche Umwandlung in einen Rentenantrag

Nach § 116 Abs. 2 SGB VI kann jeder Rehabilitationsantrag in einen Rentenantrag umgewandelt werden. Fordert die Krankenkasse zur Antragstellung einer Rehabilitation auf und wird im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme oder nach Aktenlage Erwerbsminderung festgestellt, erfolgt die Umwandlung.

• Einschränkungen der Gestaltungsrechte der Patient*innen

Das bedeutet, dass für jede Entscheidung im Zusammenhang mit dem Antrag auf Rehabilitation die Zustimmung der Krankenkasse benötigt wird. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn der Rehabilitationsantrag zurückgenommen werden soll oder die Rehabilitationsmaßnahme verschoben oder abgesagt werden soll. Dies gilt auch für die Fälle, in denen die Rentenversicherung den Rehabilitationsantrag in einen Rentenantrag umwandelt und Patient*innen den Rentenbeginn auf einen anderen Zeitpunkt verschieben wollen.

⁸ Beispiel für die Berechnung der 10-Wochen-Frist in Finkenbusch: 2014, S. 10

3.3.5 Rechtsbehelfsbelehrung

Bei der Aufforderung handelt es sich um einen Verwaltungsakt (§ 35 SGB X). Sie muss deshalb eine Rechtsbehelfsbelehrung (§ 36 SGB X) enthalten. Die Rechtsbehelfsbelehrung weist Patient*innen darauf hin, dass sie innerhalb eines Monats gegen die Aufforderung schriftlich oder mündlich zur Niederschrift bei der ausgewiesenen Stelle Widerspruch erheben können (§ 84 SGG). Wenn der Widerspruch keine Rechtsbehelfsbelehrung enthält oder diese unvollständig oder unrichtig ist, verlängert sich die Widerspruchsfrist auf ein Jahr (§ 66 SGG).

>> Was Sie in der Beratung beachten sollten

- Prüfen Sie die Rechtmäßigkeit der Aufforderung anhand der oben beschriebenen Kriterien und besprechen Sie das Ergebnis mit den Patient*innen (s. a. Tabelle A1.2 im Anhang). Hier noch einmal die einzelnen Punkte:
 - Ist die Grundlage der Aufforderung ein medizinisches Gutachten?
 - Hat die Krankenkasse ihr Ermessen pflichtgemäß ausgeübt und begründet?
 - Wurde die 10-Wochen-Frist eingehalten und genau datiert?
 - Wurde erklärt, was dies bedeutet und wurden die weiteren Rechtsfolgen erläutert (z. B. die Einschränkungen des Gestaltungsrechts)?
 - Enthält das Schreiben eine formell richtige Rechtsbehelfsbelehrung?
- Klären Sie die persönliche Situation (gesundheitlich, finanziell) der Patient*innen und besprechen Sie, ob und wann eine Rehabilitationsmaßnahme in die Erkrankungs- und Therapiesituation passt.
- Bieten Sie Ihren Patient*innen an, gemeinsam eine Lösung zu suchen, das heißt:
 - Unterstützen Sie Ihre Patient*innen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen einen Widerspruch (s. a. Entscheidungsmatrix A1.3 im Anhang).
 - Überlegen Sie im Rahmen der Beratung gemeinsam, ob und welche weitere Unterstützung notwendig und hilfreich sein kann (z. B. von Ärzt*innen für eine Stellungnahme, rechtliche Beratung und/oder Vertretung durch einen Sozialverband, eine Gewerkschaft, Fachanwält*innen für Sozialrecht oder durch andere).

3.4 Widerspruch gegen die Aufforderung nach § 51 SGB V

Die gesetzlichen Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Wahrnehmung ihrer Aufgaben, ihre Organisation und ihre Leistungen werden in den Sozialgesetzbüchern geregelt. Das Verfahren zum Widerspruch gegen einen Bescheid einer Krankenkasse ist im Sozialgerichtsgesetz geregelt, dies gilt auch für den Widerspruch gegen eine Aufforderung nach § 51 SGB V.

3.4.1 Ablauf des Widerspruchsverfahrens

Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats nach Zugang der Aufforderung bei der Krankenkasse eingehen (§ 84 SGG). Das rechtzeitige Absenden des Widerspruchs reicht nicht aus. Es wird in der Regel davon ausgegangen, dass ein Schreiben spätestens drei Tage nach Ausstellungsdatum beim Empfänger eingegangen ist. Ein späterer Eingang der Aufforderung muss von den Patient*innen nachgewiesen werden.⁹

Der Widerspruch muss schriftlich oder mündlich zur Niederschrift bei der Krankenkasse eingelegt werden. Es empfiehlt sich, den Widerspruch per (Einwurf-)Einschreiben zu versenden oder persönlich bei der Krankenkasse abzugeben und sich die Abgabe auf einer Kopie bestätigen zu lassen. Eine Begründung des Widerspruchs ist nicht erforderlich, aber ratsam. Sie kann auch nachgereicht werden.

Der Widerspruch geht zunächst an die Stelle der Krankenkasse, die die Aufforderung erlassen hat. Sie hat dann die Möglichkeit, ihren Bescheid (Aufforderung) nochmals zu prüfen. Ändert diese Stelle der Krankenkasse auf den Widerspruch hin ihre Auffassung, erlässt sie einen neuen Bescheid (Aufhebungsbescheid). Damit hebt sie den ersten Bescheid auf und erklärt ihn für unwirksam.

Wichtig beim Widerspruch

Frist: Ein Monat ab Bekanntgabe

Form: Schriftlich oder mündlich zur Niederschrift

Wo einreichen: bei der Krankenkasse

Begründung: nicht zwingend aber sinnvoll, kann nachgereicht werden

Wichtig: Betroffene*r muss unterschreiben

Rechtswirkung: Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung

⁹ Beispiel für die Berechnung der Widerspruchsfrist in Finkenbusch: 2014, S. 17

Hält diese Stelle der Krankenkasse jedoch an der Aufforderung fest, wird der Widerspruch intern an die Widerspruchsstelle (auch: Widerspruchsausschuss) der Krankenkasse weitergeleitet (§ 85 Abs. 2 SGG). Der Widerspruchsausschuss der Krankenkasse prüft nochmals das gesamte Verfahren. Nach der Entscheidung über den Widerspruch erlässt er einen Widerspruchsbescheid, der die Aufforderung der Krankenkasse bestätigen oder aufheben kann.

Die Widerspruchsstelle muss den Widerspruchsbescheid begründen. Auch er muss eine Rechtsbehelfsbelehrung enthalten, aus der sich ergibt, dass gegen den Bescheid schriftlich Klage erhoben werden kann. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass die Klage innerhalb einer Frist von einem Monat und beim zuständigen Sozialgericht eingehen muss (§ 85 Absatz 3 SGG). Das zuständige Sozialgericht muss genau und mit Adresse bezeichnet werden. Fehlt die Rechtsbehelfsbelehrung, verlängert sich die Widerspruchsfrist auf ein Jahr (§§ 36 SGB X, 66 SGG).

Während des Widerspruchsverfahrens fragen manche Krankenkassen (telefonisch oder schriftlich) bei Patient*innen nach, ob sie an ihrem Widerspruch festhalten möchten. Dieses Vorgehen entspricht nicht dem gesetzlich vorgeschriebenen Verwaltungshandeln.¹⁰

>> Was Sie in der Beratung beachten sollten

- Erläutern Sie Ihren Patient*innen den Ablauf des Widerspruchsverfahrens, um die individuelle Entscheidung für oder gegen einen Widerspruch zu erleichtern (s. a. [Entscheidungsmatrix A1.3 im Anhang](#)).
- Besprechen Sie mit den Patient*innen, wie sie mit telefonischen Nachfragen der Krankenkasse umgehen (z. B. Anruf gar nicht annehmen oder wegdrücken, mit Krankenkassenmitarbeiter*in sprechen und weitere Anrufe untersagen, Anrufe schriftlich untersagen; s. a. [Abschnitt 3.2](#)).
- Klären Sie mit Ihren Patient*innen, ob sie im Falle eines ablehnenden Widerspruchsbescheides Klage erheben wollen. Erläutern Sie, was das bedeutet und bieten Sie bei der Suche nach einem Rechtsbeistand Unterstützung an.

3.4.2 Widerspruchsbegründung

Es gibt keine gesetzliche Regelung, die vorschreibt, wie ein Widerspruch begründet werden muss. Bei einem Widerspruch gegen die Aufforderung nach § 51 SGB V sollte in der Begründung zunächst dargelegt werden, weshalb die Aufforderung (formal) rechtswidrig ist (s. Abschnitt 3.3).

Weiter sollten in der Widerspruchsbegründung alle persönlichen Gründe aufgezählt werden, aus denen sich ergibt, dass die Patient*innen nicht erwerbsgemindert oder von Erwerbsminderung bedroht sind. Legt zum Beispiel die Erkrankungs- bzw. Therapiesituation nahe, dass ein Wiedereinstieg in das Arbeitsleben abzusehen ist, so sollte das konkret beschrieben werden. Eine zusätzliche ärztliche Stellungnahme kann hier nützlich sein. Sie kann auch nachgereicht werden. Wenn das ärztliche (MD-)Gutachten nicht bereits im Anhörungsverfahren bei der Krankenkasse angefordert wurde, sollte dies unbedingt jetzt nachgeholt werden. In der Widerspruchsbegründung kann dann direkt darauf eingegangen werden.

In der Widerspruchsbegründung (Formulierungsvorschläge s. Abschnitt A3 im Anhang) können mögliche tatsächliche oder medizinische Argumente gegen die Aufforderung nach § 51 SGB V sein:

- Im ärztlichen (MD-)Gutachten werden die relevanten Diagnosen nicht oder nicht vollständig genannt.
- Die medizinischen und tatsächlichen Schlussfolgerungen im ärztlichen (MD-)Gutachten sind falsch.
- Im ärztlichen (MD-)Gutachten wird die persönliche Situation nicht ausreichend gewürdigt.
- Patient*in plant bereits die Rückkehr an den Arbeitsplatz, zum Beispiel wenn die Wiedereingliederung nach dem „Hamburger Modell“ schon beantragt wurde.
- Es handelt sich um eine Krebserkrankung mit sehr guten Heilungschancen.
- Die Behandlung spricht gut an.
- Es liegt ein Fall vor, bei dem das Interesse des Krebsbetroffenen die Interessen der Versichertengemeinschaft überwiegt (s. Abschnitt 3.3.2)

3.4.3 Rechtswirkungen des Widerspruchs

Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung. Das bedeutet: Solange über den Widerspruch nicht entschieden ist, wird der Bescheid nicht bestandskräftig. Es bleibt zunächst alles so, als sei der Bescheid nicht ergangen.

¹⁰ Bundesamt für Soziale Sicherung: 2018 sowie Ergänzung von 2020

Im Falle der Aufforderung bedeutet das konkret: Solange das Widerspruchsverfahren läuft, kann die Krankenkasse die Krankengeldzahlung nicht einstellen – auch wenn der Rehabilitationsantrag nicht gestellt wurde. Aber: Die Krankenkasse kann das ausgezahlte Krankengeld später zurückfordern, wenn der Widerspruch nicht erfolgreich ist und Patient*innen den Rehabilitationsantrag nicht innerhalb der 10-Wochen-Frist gestellt haben.

>> Was Sie in der Beratung beachten sollten

Wenn sich Ihre Patient*innen nach der Beratung für einen Widerspruch entscheiden:

- Klären Sie über den Ablauf des Verfahrens auf (s. [Abschnitt 3.4.1](#)).
- Weisen Sie auf die möglichen Folgen eines erfolglosen Widerspruchs hin.
- Weisen Sie auf formale Voraussetzungen hin (z. B. Fristen, Schriftform oder zur Niederschrift, Eingangsbestätigung, Anforderung des MD-Gutachtens).
- Ermitteln Sie den Bedarf an Unterstützung durch Ärzt*innen oder Rechtsanwält*innen. Vermitteln Sie Anlaufstellen und stellen Sie den Kontakt her bzw. unterstützen Sie bei der Kommunikation.
- Unterstützen Sie, wenn notwendig und zeitlich möglich, bei der Formulierung der Widerspruchsbegründung (s. a. [Abschnitt A3 im Anhang](#)).

Wenn sich Ihre Patient*innen nach der Beratung gegen einen Widerspruch entscheiden:

- Klären Sie auch hier die nächsten Schritte und besprechen das weitere Vorgehen im Detail (z. B. Frist für den Rehabilitationsantrag).
- Weisen Sie auf formale Aspekte hin und klären Sie die Patient*innen über ihre Rechte und Pflichten auf (eingeschränktes Gestaltungsrecht).
- Planen Sie die Vorgehensweise im Zusammenhang mit der Rehabilitationsmaßnahme (offene Kommunikation mit den Beteiligten an der Rehabilitationsmaßnahme, Sozialmediziner*innen, Therapeut*innen).
- Weisen Sie auf weitere Schritte hin, die sinnvoll sein können, zum Beispiel bei Wunsch nach Berentung Kontenklärung und Beratung durch Rentenversicherung.

4. Weiterer Rechtsschutz

An dieser Stelle weisen wir kurz auf die weiteren sozialrechtlichen Verfahren hin, ohne diese ausführlich darzustellen. Die konkrete Anwendung eines der folgenden Verfahren in der Praxis erfordert weiterführende rechtliche Kenntnisse, die im Rahmen dieser Arbeitshilfe nicht angemessen vermittelt werden können.

Wenn Patient*innen die Widerspruchsfrist versäumt haben, können sie einen Überprüfungsantrag (§ 44 SGB X) stellen oder die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand beantragen (§ 27 SGB X).

Patient*innen können binnen eines Monats beim zuständigen Sozialgericht gegen den Widerspruchsbescheid Klage einreichen.

Wenn das Klageverfahren (oder auch schon das Widerspruchsverfahren) zu lange dauert, besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf einstweilige Anordnung zu stellen. Dabei handelt es sich um ein gerichtliches Schnellverfahren, in dem das Sozialgericht eine nur vorläufige Entscheidung trifft.

In Fällen, in denen die Krankenkasse untätig ist, kann im Widerspruchsverfahren nach drei Monaten Untätigkeitsklage eingereicht werden (§ 88 SGG).

>> Was Sie in der Beratung beachten sollten

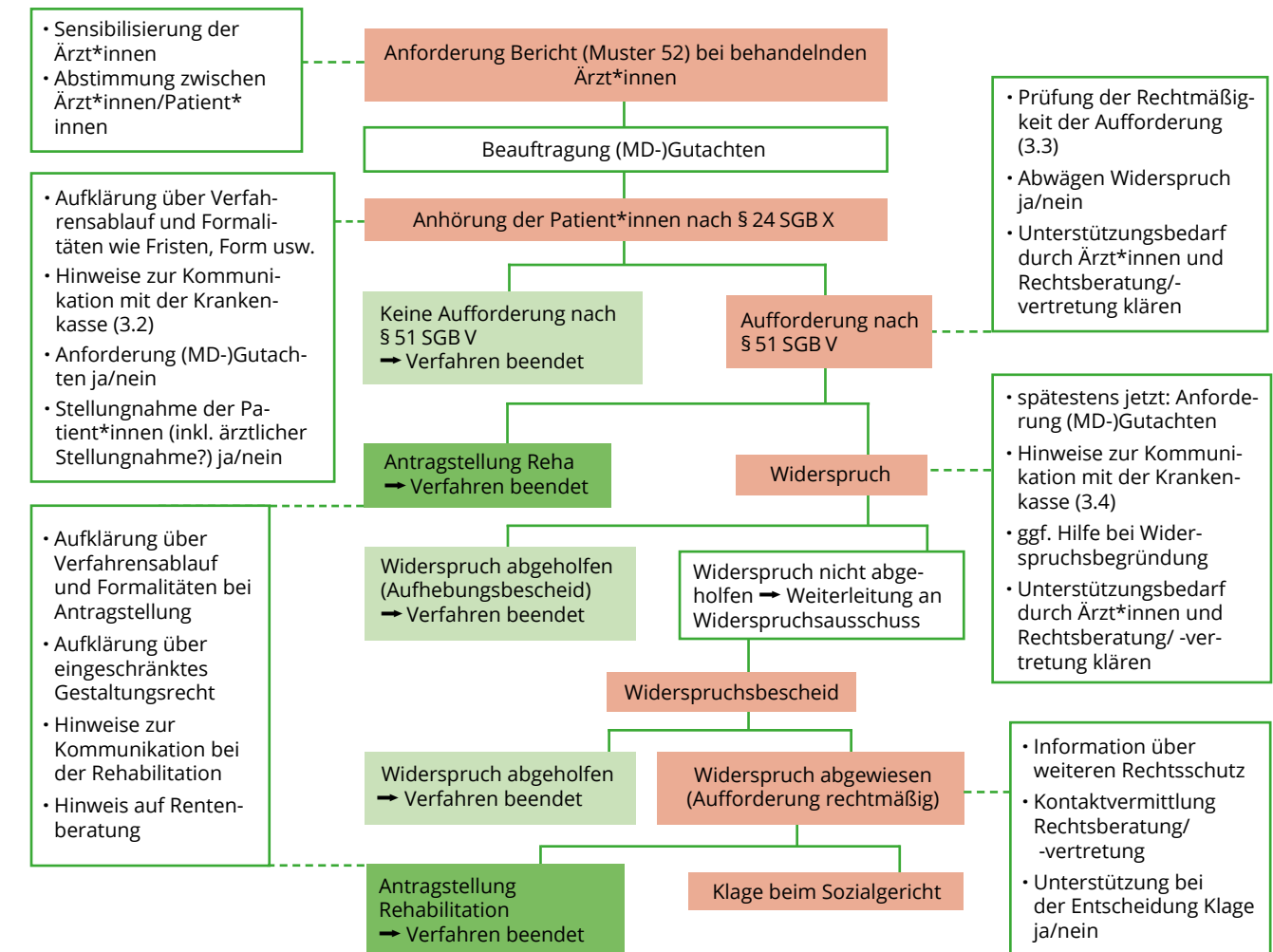
- Als Rechtsbeistand vor dem Sozialgericht oder auch im Widerspruchverfahren kommen zum Beispiel Sozialverbände, Gewerkschaften oder Fachanwält*innen für Sozialrecht in Betracht.
- Bei Sozialverbänden und Gewerkschaften ist in der Regel eine kostenpflichtige Mitgliedschaft Voraussetzung dafür, dass die Unterstützung in Anspruch genommen werden kann.
- Fachanwält*innen für Sozialrecht sind in diesem Bereich besonders qualifiziert. Die Bundesrechtsanwaltskammer stellt unter www.brak.de eine kostenlose Anwaltssuche zur Verfügung. Auch die regional zuständigen Rechtsanwaltskammern nennen auf telefonische Nachfrage Rechtsanwält*innen in der Nähe.
- Für Krebspatient*innen mit geringem Einkommen besteht die Möglichkeit, Beratungs- oder Prozesskostenhilfe zu beantragen. Sie müssen dann nur einen geringen Anteil der Kosten für eine außergerichtliche oder gerichtliche Beratung und anwaltliche Vertretung selbst tragen. Weitere Informationen dazu bieten die örtlichen Amtsgerichte und das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.¹¹

¹¹ Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Januar 2020

A1. Kompaktübersicht über das Verfahren

A1.1 Ablaufdiagramm

Verfahrensablauf und Beratungsschwerpunkte bei der Aufforderung nach § 51 SGB V



Anhang

A1.2 Vorgehen bei rechtlich strittigen Fragen – Überblick und Entscheidungshilfe

	Vorgehen der Krankenkasse	Zulässig?	Rechtsfolge	Vorgehen der Patient*innen
1.	Verkürzen der 10-Wochen Frist	Unter den Bedingungen des § 51 Abs. 1a SGB V: ja, auf vier Wochen	Aufforderung wirksam	Aufforderung prüfen, ggf. Antrag fristgerecht stellen oder Widerspruch
		In allen anderen Fällen: nein	Aufforderung trotzdem wirksam	Widerspruch
2.	Fehlender Rechtsbehelf	Nein	Aufforderung wirksam: Widerspruchsfrist verlängert sich auf 1 Jahr	Aufforderung prüfen, Antrag fristgerecht stellen oder Widerspruch
3.	Unterlassene Anhörung nach § 24 SGB X	Nein	Aufforderung wirksam; Anhörung kann nachgeholt werden	Aufforderung prüfen, Antrag fristgerecht stellen oder Widerspruch
4.	Aufforderung zum Rentenantrag	Unter den Voraussetzungen, die im § 51 Abs. 2 SGB V genannt sind: ja	Aufforderung wirksam	Aufforderung prüfen, ggf. Antrag fristgerecht stellen oder Widerspruch
		In allen anderen Fällen: nein	Aufforderung wirksam	Widerspruch
5.	Aufforderung zur medizinischen Rehabilitation mit Hinweis auf § 63 SGB I (Fristverkürzung auf drei Wochen)	Nein	Aufforderung unwirksam	Widerspruch

6.	Nachträgliche Aufforderung nach § 51 SGB V	Ja ¹	Aufforderung wirksam, Dispositionsrechte nachträglich eingeschränkt	Aufforderung prüfen, ggf. Widerspruch
7.	Telefonische Aufforderung nach § 51 SGB V	Ja	Aufforderung wirksam	prüfen, ggf. Widerspruch
8.	Anforderung einer allgemeinen Schweigepflichtentbindung (z. B. zur Übersendung des vollständigen Entlassungsberichts einer Rehabilitation an die Krankenkasse)	Nein	Keine! Eine pauschale Schweigepflichtentbindung fällt nicht unter die Mitwirkungspflichten. Die Datenübermittlung zwischen den Leistungsträgern ist gesetzlich geregelt, z. B. im § 275 SGB V	Ablehnen mit Verweis auf die Rechtsgrundlagen
9.	Anforderung eines Selbstauskunftsbogens	Nein	Keine! Fällt nicht unter die Mitwirkungspflichten. Die Regelungen des § 275 SGB V und des Datenschutzes gelten entsprechend	Ablehnen mit Verweis auf die Rechtsgrundlagen
10.	Die Aufforderung, medizinische Unterlagen unmittelbar an die Krankenkasse zu senden	Nein	Keine! Fällt nicht unter die Mitwirkungspflichten. Die Regelungen des § 275 SGB V und des Datenschutzes gelten entsprechend	Ablehnen mit Verweis auf die Rechtsgrundlagen
11.	Telefonisches Erfragen der medizinischen, sozialen oder beruflichen Situation	Nein	Keine! Fällt nicht unter die Mitwirkungspflichten. Die Regelungen des § 275 SGB V und des Datenschutzes gelten entsprechend	Auskunft verweigern; ggf. schriftlich darauf hinweisen, dass keine telefonische Kontaktaufnahme erwünscht ist

A1.3 Entscheidungsmatrix für oder gegen einen Widerspruch

	Pro	Contra
1.	Patient*in wünscht den Widerspruch, möchte das Gestaltungsrecht behalten	Patient*in möchte/kann keinen Widerspruch einlegen, ist mit dem Verfahren psychisch, sprachlich oder inhaltlich überfordert
2.	Die Erwerbsfähigkeit ist nicht gefährdet	Die Erwerbsfähigkeit ist definitiv nachhaltig eingeschränkt
3.	Das Aufforderungsschreiben ist fehlerhaft	Die Widerspruchsfrist ist abgelaufen
4.	Patient*in möchte (und kann) unbedingt weiter arbeiten gehen	Rente ist erwünscht
5.	Patient*in hat gravierende Nachteile aus einem möglichen Rentenanspruch, z. B. Verlust des Arbeitsplatzes oder Verlust einer Betriebsrente (Argument: „Rente ist geringer als Krankengeld“ reicht nicht aus, s. Rechtsprechung unter Abschnitt 3.3.2)	Rente wäre höher als Krankengeld oder ist insgesamt recht hoch
6.	Es gibt keinen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente (dann bringt die Aufforderung der Krankenkasse keine Vorteile, aber den Patient*innen Nachteile, z. B. kein Anspruch auf Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeit nach § 145 SGB III)	
7.	Patient*in möchte absolut nicht in Rehabilitation gehen	
8.	Aufforderung kommt zum Ende des Krankgeldbezugs (aber bedenken: bei Antrag auf Arbeitslosengeld I im Rahmen der Nahtlosigkeit nach § 145 SGB III ist das Stellen eines Rehabilitationsantrags unabdingbar, wenn die Gesundheitsprüfung eine Erwerbsminderung ergibt)	
9.	Eine nachträgliche Abweisung des Widerspruchs ist unwahrscheinlich/richtet keinen Schaden an	

A2. Fallbeispiele aus der Beratungspraxis

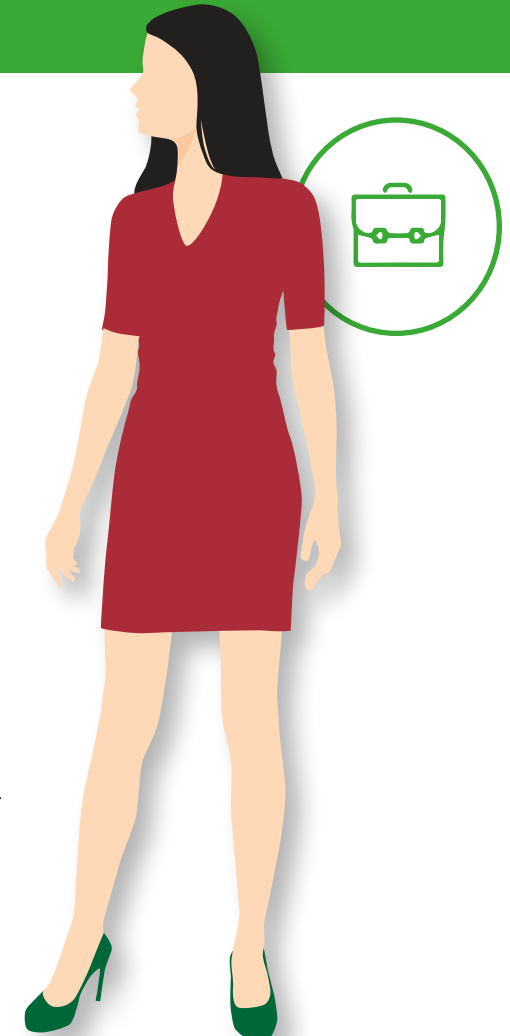
A2.1 Frau A., 47 Jahre, verheiratet, eine erwachsene Tochter, Flugbegleiterin

Diagnose: Mammakarzinom
Therapie: Kurativer Behandlungsansatz
 Neoadjuvante Chemotherapie, Operation, Bestrahlung

Beratungsverlauf:

Der Sozialdienst hat Frau A. seit Beginn ihrer Chemotherapie beraten. Bereits vor Beginn der geplanten Bestrahlung äußerte die Patientin den Wunsch, eine Anschlussheilbehandlung (AHB) zu beantragen. Die Mitarbeiterin des Sozialdienstes hat diese AHB im Rahmen des Direktantragsverfahrens der Deutschen Rentenversicherung Bund eingeleitet. Ein Aufnahmetermin in der Wunschklinik wurde für ca. sechs Wochen nach Ende der Bestrahlung festgelegt.

In der Zeit der Bestrahlung erfolgte eine Anfrage der Krankenkasse zur Arbeitsunfähigkeit nach Muster 52 an das behandelnde Krankenhaus. Als die Bestrahlung fast abgeschlossen war, erhielt Frau A. von ihrer Krankenkasse die Aufforderung zur Antragstellung einer Rehabilitation nach § 51 SGB V.



Im ausführlichen Beratungsgespräch wurde mit Frau A. der Bescheid der Krankenkasse besprochen und das Verfahren nach § 51 SGB V erläutert. Die Sozialarbeiterin hat die Rechtmäßigkeit des Bescheides geprüft, auf die Konsequenzen des Verfahrens, wie eine mögliche Umwandlung in einen Rentenantrag hingewiesen und das Für und Wider eines Widerspruchs mit der Patientin besprochen.

Frau A. entschloss sich, Widerspruch gegen die Aufforderung einzulegen. Sie sah ihre Erwerbstätigkeit weder gefährdet noch gemindert. Sie befand sich in einer kurativen Behandlungssituation und plante zeitnah nach der Rehabilitation den beruflichen Wiedereinstieg. Ziel ihres Widerspruchs war, die Einschränkung des Gestaltungsrechtes zu verhindern.

Um die Entscheidungsgrundlage für die Aufforderung durch die Krankenkasse nachvollziehen zu können, hat sie das Gutachten des Medizinischen Dienstes angefordert, welches der Aufforderung zugrunde lag. Mit Unterstützung des Sozialdienstes formulierte Frau A. eine schriftliche Widerspruchsbegründung.

Wenige Wochen später wurde ihrem Widerspruch abgeholfen. Aus der Anschlussheilbehandlung wurde die Patientin voll erwerbsfähig entlassen.

>> Tipps aus der Praxis

- Auch wenn Patient*innen grundsätzlich eine Rehabilitation durchführen möchten, kann ein Widerspruch gegen die Aufforderung mit dem Ziel, die Einschränkungen des Gestaltungsrechtes abzuwenden, sinnvoll sein.
- Ist die Einleitung einer Anschlussheilbehandlung im Direkteinweisungsverfahren (z. B. bei der Deutschen Rentenversicherung Bund) möglich, sollte die Krankenkasse im Verfahren nach § 51 SGB V darüber informiert werden. Im Direkteinweisungsverfahren werden die Antragsunterlagen unmittelbar an die aufnehmende Rehabilitationsklinik gesendet. Patient*innen erhalten dann keine Antragsbestätigung der Rentenversicherung. Falls die Krankenkasse eine solche Bestätigung als Nachweis der fristgerechten Antragstellung fordert, kann diese lediglich durch den Sozialdienst, der den Antrag aufgenommen hat, ausgestellt werden.

A2.2 Frau B., 54 Jahre, alleinstehend, keine Kinder, kaum soziale Anbindung, berufstätig als Sekretärin

Diagnose:	Mammakarzinom, Rezidiv, multiple Metastasierung
Therapie:	Palliativer Behandlungsansatz Palliative Chemotherapie bzw. Antikörpertherapie

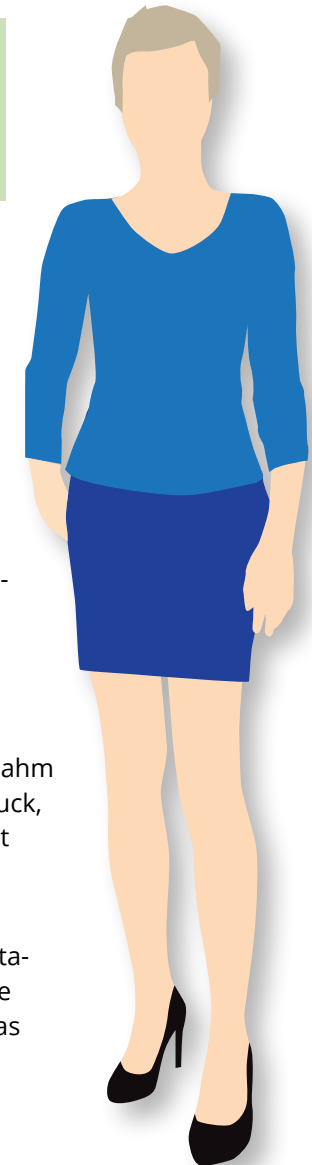
Beratungsverlauf:

Bereits nach ihrer Ersterkrankung wurde Frau B. in einer ambulanten Krebsberatungsstelle beraten. Nach Abschluss der Primärtherapie beantragte sie eine Erwerbsminderungsrente bei der zuständigen Rentenversicherung und erhielt eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Daneben arbeitete sie weiterhin als Sekretärin in Teilzeit. Drei Jahre nach der Erstdiagnose wurde ein Rezidiv mit Metastasierung diagnostiziert und eine palliative Therapie eingeleitet.

Nach circa sechs Monaten Krankengeldbezug forderte die Krankenkasse Frau B. auf, eine Rehabilitation zu beantragen. Zunächst setzte ihr die Krankenkasse eine Frist von 14 Tagen, um zur geplanten Aufforderung Stellung zu nehmen (Anhörung der Patientin).

Nach Rücksprache mit der Sozialarbeiterin der Krebsberatungsstelle nahm Frau B. gegenüber der Krankenkasse Stellung und brachte zum Ausdruck, dass sie ihre Teilzeittätigkeit fortsetzen möchte und dass sie sich selbst noch nicht als voll erwerbsgemindert einschätzte.

Trotz der Anhörung folgte die Aufforderung, einen Antrag zur Rehabilitation nach § 51 SGB V zu stellen. Die Patientin wandte sich erneut an die Sozialarbeiterin der Beratungsstelle. Im Beratungsgespräch wurden das Verfahren und die damit verbundenen Konsequenzen (Umwandlung in Rentenantrag, Einschränkung des Gestaltungsrechtes) mit Frau B. besprochen. Nach ausführlicher Beratung unter Berücksichtigung des Erkrankungs- und Behandlungsverlaufs und der damit verbundenen



persönlichen Belastungen entschied sich Frau B. zur fristgerechten Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme.

Die vorgegebene 10-Wochen-Frist wurde in vollem Umfang ausgeschöpft. Nach Genehmigung der Maßnahme wurde nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzt*innen, der Krankenkasse und der Rentenversicherung der Aufnahmetermin in die Rehabilitationsklinik verschoben, da die tumorspezifische Therapie nicht unterbrochen werden konnte.

Aus der Rehabilitationsmaßnahme wurde Frau B. voll erwerbsgemindert entlassen. Von der Rentenversicherung wurde sie anschließend aufgefordert, einen formellen Rentenantrag zu stellen. Etwa ein Jahr nach der Aufforderung einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen, wurde Frau B. eine volle Erwerbsminderungsrente bewilligt. Die Bewilligung erfolgte rückwirkend zu dem Tag, an dem sie den Antrag auf Rehabilitation nach § 51 SGB V gestellt hatte.

Nach ihrer Berentung hat Frau B. eine geringfügige Beschäftigung (Minijob) angenommen. Dadurch kann sie ihre finanzielle Situation verbessern, weiterhin beruflich aktiv sein und am gesellschaftlichen Leben teilhaben.

>> Tipps aus der Praxis

- Die Anhörung sollte genutzt werden, um frühzeitig Gründe, die gegen die Aufforderung sprechen, in das Verfahren einzubringen. Dazu zählen zum Beispiel Argumente, warum sich Patient*innen nicht als erwerbsgemindert betrachten oder der Hinweis, dass die Arbeit in einem überschaubaren Zeitraum wieder aufgenommen werden wird.
- Auch in einer palliativen Behandlungssituation können bzw. wollen Patient*innen im Einzelfall weiterhin arbeiten. Darauf sollte sowohl in der Anhörung als auch im Widerspruch hingewiesen werden. Es ist wichtig, behandelnde Ärzt*innen einzubeziehen und ein ärztliches Attest vorzulegen, das den beruflichen Wiedereinstieg falls möglich auch während der Therapie, befürwortet.
- Während des Entscheidungsprozesses für oder gegen einen Widerspruch muss mit den Patient*innen besprochen werden, wie belastend das sozialrechtliche Verfahren sein kann. Hier können auch die Möglichkeiten der Unterstützung durch Sozialarbeiter*innen, (Fach-)Anwält*innen für Sozialrecht, Sozialverbände und Angehörige geklärt werden.
- Kann ein Sozialdienst eine längerfristige oder umfangreichere Begleitung des Verfahrens nicht anbieten, sollte an ambulante Beratungsstellen, (Fach-)Anwält*innen für Sozialrecht oder einen Sozialverband verwiesen werden.

A2.3 Frau C., 63 Jahre, verheiratet, Erzieherin

Diagnose: Mammakarzinom, Knochenmetastasierung
Therapie: Palliativer Behandlungsansatz
Zielgerichtete Therapie in Tablettenform

Beratungsverlauf:

Frau C. suchte den Sozialdienst der behandelnden Klinik mit einem Schreiben der Krankenkasse auf. In dem Schriftstück wurde sie aufgefordert, eine Rehabilitation zu beantragen. Das erforderliche Antragsformular lag der Aufforderung bei.

Die Sozialarbeiterin ließ sich von der Patientin die aktuelle Erkrankungs- und Therapiesituation berichten. Anschließend klärte sie sie über das Verfahren nach § 51 SGB V auf und informierte sie über die aufgrund des Alters der Patientin möglichen Rentenarten.

Die Patientin berichtete, dass sie die Therapie bis auf wenige Nebenwirkungen körperlich gut vertragen würde. Sie betonte jedoch die krankheitsbedingten psychischen Belastungen. Es wurde deutlich, dass die Patientin aufgrund dieser Belastungen die Berentung anstrebte. Sie konnte sich nicht mehr vorstellen, ihren Beruf als Erzieherin weiter auszuüben.

Zum Zeitpunkt der Aufforderung kam für die Patientin eine Rehabilitationsmaßnahme nicht in Frage. Sie entschloss sich nach der Beratung, erst am Ende der 10-Wochen-Frist den Rehabilitationsantrag bei der zuständigen Rentenversicherung zu stellen. Sie versprach sich davon, den Rentenbeginn zu verzögern und das Krankengeld für die folgenden 10 Wochen sicher zu erhalten. Außerdem passte es zu ihren Plänen, ihre Rehabilitation erst zu einem späteren Zeitpunkt anzutreten. Die Sozialarbeiterin machte die Patientin noch darauf aufmerksam, ihren



Rentenwunsch frühzeitig mit den Ärzt*innen in der Rehabilitationsklinik zu besprechen. Sie empfahl ihr, sich bei der Rentenversicherung über die Höhe ihrer Rentenansprüche beraten zu lassen.

>> Tipps aus der Praxis

- Falls es nicht möglich ist, die beantragte Rehabilitationsmaßnahme zum bewilligten Aufnahmetermin anzutreten, müssen die zuständige Krankenkasse, die Rentenversicherung sowie die Rehabilitationsklinik schriftlich über eine Verschiebung des Aufnahmetermins informiert werden. Die Verschiebung muss begründet werden, zum Beispiel durch die noch laufende Akutbehandlung. (Eingeschränktes Gestaltungsrecht, s. Abschnitt 2.1).
- Patient*innen, die eine Erwerbsminderungsrente anstreben, sollten dies in der Rehabilitationsklinik ansprechen. Im Gespräch mit den Ärzt*innen der Rehabilitationsklinik können die eigene Einschätzung der Erwerbsfähigkeit und die sozialmedizinische Beurteilung realistisch abgeglichen werden. Da sich die Rentenversicherung in einem Rentenverfahren auch auf die sozialmedizinische Beurteilung im Entlassungsbericht der Rehabilitation stützt, ist es wichtig, Patient*innen auf die Bedeutung dieser Beurteilung für ihr späteres Rentenverfahren hinzuweisen.

A2.4 Herr D., 55 Jahre, verheiratet, Bürokaufmann

Diagnose: Ösophaguskarzinom, Rezidiv, Hautmetastasierung
Therapie: Neoadjuvante und adjuvante Chemotherapie, operative Entfernung der Hautmetastase, Erhaltungstherapie in Tablettenform

Beratungsverlauf:

Durch die Beratung bei seiner Ersterkrankung war Herr D. dem Kliniksozialdienst bereits bekannt. Nach der Diagnose eines Rezidivs mit einer Hautmetastase am Unterkiefer nahm er erneut Kontakt auf.

Während der adjuvanten Chemotherapie und nach sechsmonatiger Arbeitsunfähigkeit erhielt der Patient von der Krankenkasse die Aufforderung, einen Antrag auf Rehabilitation nach § 51 SGB V zu stellen. Zu diesem Zeitpunkt hatte er bereits mit der Sozialarbeiterin eine Rehabilitationsmaßnahme geplant und die Möglichkeiten einer stufenweisen Wiedereingliederung besprochen.

Die Sozialarbeiterin erläuterte Herrn D. ausführlich das Verfahren nach § 51 SGB V und die sich daraus ergebenden Konsequenzen. Der Patient berichtete, dass er wahrscheinlich dauerhaft eine tumorspezifische Therapie erhalten müsse. Die Chemotherapie sowie die Operation der Hautmetastase habe er jedoch gut vertragen. Der Beschreibung seiner sozialen und beruflichen Situation war zu entnehmen, dass seine Arbeit eine wichtige Bedeutung für seine Alltagsgestaltung habe. Er stand einer Beratung deshalb sehr ablehnend gegenüber.

Daher formulierte er mit Unterstützung des Sozialdienstes den Widerspruch und reichte ihn fristgerecht ein. Die behandelnden Ärzt*innen unterstützten den Widerspruch mit einem Attest und



begründeten ihre Einschätzung zur weiteren Erwerbsfähigkeit unter anderem mit dem Hinweis auf die gute Verträglichkeit der Therapie. Der berufliche Wiedereinstieg war aus Sicht der Ärzt*innen realistisch.

Die Krankenkasse teilte Herrn D. auf seinen Widerspruch mit, dass sie bei ihrer Entscheidung und der Aufforderung bleibe. Er solle mitteilen, ob er trotzdem an seinem Widerspruch festhalten möchte. Erst nachdem er der Krankenkasse schriftlich mitgeteilt hatte, dass er auf der Bearbeitung seines Widerspruchs bestehe, wurde dieser an den zuständigen Widerspruchsausschuss weitergeleitet. Dort wurde dem Widerspruch abgeholfen und die Aufforderung zurückgenommen.

>> Tipps aus der Praxis

- Gegenstand einer Beratung zum Verfahren nach einer Aufforderung zur Rehabilitation nach § 51 SGB V sind auch die Lebenssituation, persönliche Einstellungen und die Bewertung der Situation durch die betroffenen Patient*innen selbst. Dazu zählen zum Beispiel das individuelle Belastungserleben und weitere soziale, familiäre oder berufliche Faktoren, die für oder gegen eine Rehabilitation oder den beruflichen Wiedereinstieg sprechen.
- Es kann sinnvoll sein, mit dem Arbeitgeber Unterstützungsmöglichkeiten bei einem geplanten beruflichen Wiedereinstieg zu klären. Gegebenenfalls können Hilfsmittel zur Verfügung gestellt, der Arbeitsplatz umgestaltet oder eine Umsetzung zu einer belastungsärmeren Tätigkeit vorgenommen werden.
- Eine Nachfrage der Krankenkasse bei den betroffenen Patient*innen, ob sie ihren Widerspruch aufrechterhalten wollen, auch wenn die Krankenkasse dem Widerspruch nicht abhelfen kann oder will, ist nicht zulässig (s. Abschnitt 3.4.1). Wenn die Krankenkasse nach Eingang des Widerspruchs die Aufforderung erneut prüft und dem Widerspruch nicht abhilft, muss dieser unmittelbar und ohne erneute Anfrage bei den Patient*innen an den zuständigen Widerspruchsausschuss weitergeleitet werden (§ 85 SGG).

A3. Textbausteine und Formulierungshilfen für den Widerspruch

Sie finden hier einige Formulierungshilfen für Widersprüche gegen eine Aufforderung. Auch wenn es keine rechtliche Vorgabe gibt, dass und wie ein Widerspruch begründet sein muss (s. Abschnitt 3.4.2), ist die Formulierung einer Widerspruchsbegründung dennoch ratsam.

Ein Widerspruch kann mit dem Hinweis auf die noch laufende Akutbehandlung eingeleitet werden:

„Gegen Ihren Bescheid lege ich Widerspruch ein. Ich befinde mich noch in der Akutbehandlung der Erkrankung, die nicht unterbrochen werden kann. Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme ist nach Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzt*innen noch nicht angezeigt. Sobald die Behandlung abgeschlossen ist, wird die Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme durch (meinen behandelnden Arzt, den Kliniksozialdienst) veranlasst ...“

Wenn die Aufforderung offensichtliche Mängel enthält, ist es sinnvoll, in der weiteren Begründung auf diese Mängel hinzuweisen. Dies können formale oder inhaltliche Mängel und fachliche Fehleinschätzungen sein:

Formale Mängel, z.B. fehlende Frist oder falsche Frist in der Aufforderung

„Gegen Ihren Bescheid lege ich Widerspruch ein. In Ihrem Schreiben vom 15.11.2020 setzen Sie mir eine Frist bis zum 15.12.2020 (alternativ: fordern Sie mich ohne

Nennung einer Frist auf), eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen. Nach § 51 Abs. 1 SGB V muss der Antrag innerhalb einer Frist von 10 Wochen ab Bekanntgabe der Aufforderung gestellt werden ...“

Fehlender Hinweis auf die Rechtsfolgen der Aufklärung

„Gegen Ihren Bescheid lege ich Widerspruch ein. In Ihrem Schreiben weisen Sie mich darauf hin, dass eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme nach Einschätzung des Medizinischen Dienstes den Genesungsprozess unterstützen könnte. Außer einem Hinweis auf die Einstellung des Krankengeldes enthält Ihr Schreiben keine Informationen über die weiteren Rechtsfolgen der Aufforderung ...“

Fehlendes medizinisches Gutachten oder fehlender Hinweis

„Gegen Ihren Bescheid lege ich Widerspruch ein. Sie teilen mir mit, dass Sie zu der Einschätzung gelangt sind, dass durch meine Erkrankung meine Erwerbsfähigkeit bedroht sei. Allerdings teilen Sie mir nicht mit, auf Grundlage welcher Informationen Sie zu dieser Einschätzung gelangt sind ...“

Gegensätzliche Einschätzung des Krankheits- und Behandlungsverlaufs sowie der Erwerbsprognose

„Gegen Ihren Bescheid lege ich Widerspruch ein. Sie stützen sich auf ein Gutachten des Medizinischen Dienstes vom Ich habe über die Aufforderung mit meiner behandelnden Onkologin gesprochen. Sie geht davon aus, dass ich nach Abschluss meiner Akutbehandlung (voraussichtlich am ...) und einer daran anschließenden medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (und stufenweisen Wiedereingliederung) meine Berufstätigkeit (etwa ab ...) wieder im gewohnten Umfang aufnehmen kann.

Senden Sie mir bitte das Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Vorlage bei meiner behandelnden Ärztin zeitnah zu. Sobald es mir vorliegt, werde ich eine Stellungnahme meiner behandelnden Ärztin zur ergänzenden Begründung meines Widerspruchs an Sie weiterleiten ...“

Inhaltliche Fehler und fehlende Sorgfaltspflicht bei der Prüfung der individuellen (beruflichen) Situation

„Gegen Ihren Bescheid lege ich Widerspruch ein. Die Gutachterin des Medizinischen Dienstes stellt bei der Beschreibung meiner beruflichen Situation fest, dass ich im Verkauf tätig bin und eine überwiegend stehende Tätigkeit mit regelmäßigem Kundenkontakt ausübe. Deshalb sei ich gefährdet, aufgrund der Einschränkungen durch meine Erkrankung schnell in Belastungs- und Überforderungssituationen zu geraten. Dies könne zu weiteren Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitszeiten führen.

Diese Angaben sind falsch. Ich arbeite im Einkauf eines großen Möbelhauses, eine überwiegend sitzende Bildschirmtätigkeit. Ich stehe lediglich im Telefonkontakt zu unseren Lieferanten. Diese Tätigkeit belastet mich nicht. Im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements bin ich bereits mit meinem Arbeitgeber in Kontakt, um zu klären, ob und in welchem Umfang Anpassungen meines Arbeitsplatzes vorgenommen werden müssen, damit ich meine Tätigkeit weiterhin in vollem Umfang ausüben kann ...“

Einführung und allgemeine Informationen zum Thema – Auswirkungen für Patient*innen

Fanselow, Dana: 2018; Rente versus Krankengeld, FORUM, 33; S. 129–131

Krebsinformationsdienst: 2018; Arbeitsunfähig oder schon erwerbsgemindert? Die Folgen für Krebspatienten – Der schmale Grat zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung <https://www.krebsinformationsdienst.de/fachkreise/nachrichten/2018/fk09-krankenkasse-erwerbsfaehigkeit-krebspatient.php> (aufgerufen am 16.12.2020)

Rösler, Marie u. a.: 2016; Soziale Arbeit in der Onkologie – eine zusammenfassende Übersicht, im Auftrag der „Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie“ (ASO) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. <https://aso-ag.org/ASO-Positionspapier-ver17jun2016-web.pdf> (aufgerufen am 16.12.2020)

Schreiber, Sabine; Goss, Susannah: 2019; Geheilt doch nicht gesund – Psychosoziale, medizinische und systembedingte Herausforderungen nach Krebs, FORUM, 34; S. 185–188

Walther, Jürgen: 2013; Soziale Beratung in der Onkologie § 51 SGB V: Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, FORUM, 28; S. 152–155

Vertiefung des rechtlichen Hintergrunds

Benen, Elisabeth; Traube, Peter: 2020; Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Studententext Nr. 17 Deutsche Rentenversicherung Bund https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachliteratur_Kommentare_Gesetzestexte/Studententexte/Rentenrecht/17_renten_wegen_verminderter_erwerbsfaehigkeit.pdf;jsessionid=DB9D4710063C8B30653F8B9A36A0018B.delivery2-8-replication?__blob=publicationFile&v=1 (aufgerufen am 16.12.2020)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Januar 2020; Beratungshilfe und Prozesskostenhilfe, Informationen zu dem Beratungshilfegesetz und zu den Regelungen der Zivilprozessordnung über die Prozesskostenhilfe https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Beratungs_PKH.html (aufgerufen am 16.12.2020)

Dietze, Karin u. a.: 2012; Mitwirkungspflichten. Thema des Monats Mai 2012. Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz <https://www.vdk.de/rheinland-pfalz/pages/sonstiges/64423/sonstiges> (aufgerufen am 16.12.2020)

Finkenbusch, Norbert: 2014 ; Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe durch die Krankenkasse – § 51 SGB V, vom 05.06.2014 <http://www.finkenbusch.de/wp-content/uploads/2014/07/Aufforderung.pdf> (aufgerufen am 16.12.2020)

Finkenbusch, Norbert: 2018; Aufforderung zum Reha-Antrag, Internetartikel vom 19.03.2018 https://www.haufe.de/sozialwesen/leistungen-sozialversicherung/aufforderung-zum-reha-antrag/muss-die-krankenkasse-zum-reha-antrag-auffordern_242_225712.html (aufgerufen am 16.12.2020)

Flecks, Carmen: 2020; Unterstützung und Hilfen – was steht mir zu? in: **Gaisser, Andrea; Weg-Remers, Susanne** (Hrsg.), Patientenzentrierte Information in der onkologischen Versorgung, S. 267–284, Springer

Richtlinien, Dienstanweisungen, Gemeinsame Rundschreiben

Bundesamt für Soziale Sicherung: 2018; Rundschreiben vom 27. Juni 2018: Hinweise zur Durchführung des Widerspruchsverfahrens bei gesetzlichen Krankenkassen <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/krankenversicherung/rundschreiben/detail/hinweise-zur-durchfuehrung-des-widerspruchsverfahrens-bei-gesetzlichen-krankenkassen/> (aufgerufen am 16.12.2020)

Bundesamt für Soziale Sicherung: 2020; Ergänzung vom 24.08.2020 zu dem Rundschreiben Hinweise zur Durchführung des Widerspruchsverfahrens bei gesetzlichen Krankenkassen vom 27. Juni 2018 (211-4140-4292/2013) <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/krankenversicherung/rundschreiben/detail/default-275f3c41e4/> (aufgerufen am 16.12.2020)

Gemeinsamer Bundesausschuss: 2020; Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie: Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung; Fassung vom 14.11.2013 BAnz AT 27.01.2014 B4; letzte Änderung 03.12.2020 BAnz AT 17.12.2020 B9 <https://www.g-ba.de/richtlinien/2/> (aufgerufen am 25.01.2021)

GKV-Spitzenverband u.a.: 2020; Gemeinsames Rundschreiben vom 03.12.2020 zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII; Kap. 8. Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe; S. 253 – 267 https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/arbeitgeber/eel/gem_rs_kg/2020_12_03_NS_FLB_TOP_02_44SGBV47SGBV47SGBVII_Aktualisierung_des_GR_KG-VG_AnI.pdf (aufgerufen am 23.4.2021)

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): 2017; Arbeitsunfähigkeit (AU): Begutachtungsanleitung – Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V; Stand 15.05.2017 https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA-AU_170515.PDF (aufgerufen am 16.12.2020)

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): 2018; Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V Vorsorge und Rehabilitation; Stand 02.07.2018; Anlage 8.4 Empfehlungen zur Anwendung des neugefassten § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 2 Satz 2 RehaAnglG vom 17. Februar 1993 in der Fassung vom 5. Februar 2001; S. 79–81 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/begutachtungs_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/begutachtungs_richtlinie/2018-07-02_Begutachtungsanleitung_Vorsorge-Reha_korrigiert.pdf (aufgerufen am 16.12.2020)

Hilfreiche Adressen

Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

<https://www.krebsgesellschaft.de/arbeitsgemeinschaften/aso.html>

BAK Bundesarbeitsgemeinschaft Krebsberatungsstellen

Geschäftsstelle
Gasselstiege 13
48159 Münster

E-Mail: gudrun.brunns@bak-ev.org

<https://www.bak-ev.org>

Krebsinformationsdienst KID Deutsches Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg
Telefon: 0800 - 420 30 40
täglich von 8.00 bis 20.00 Uhr

E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de

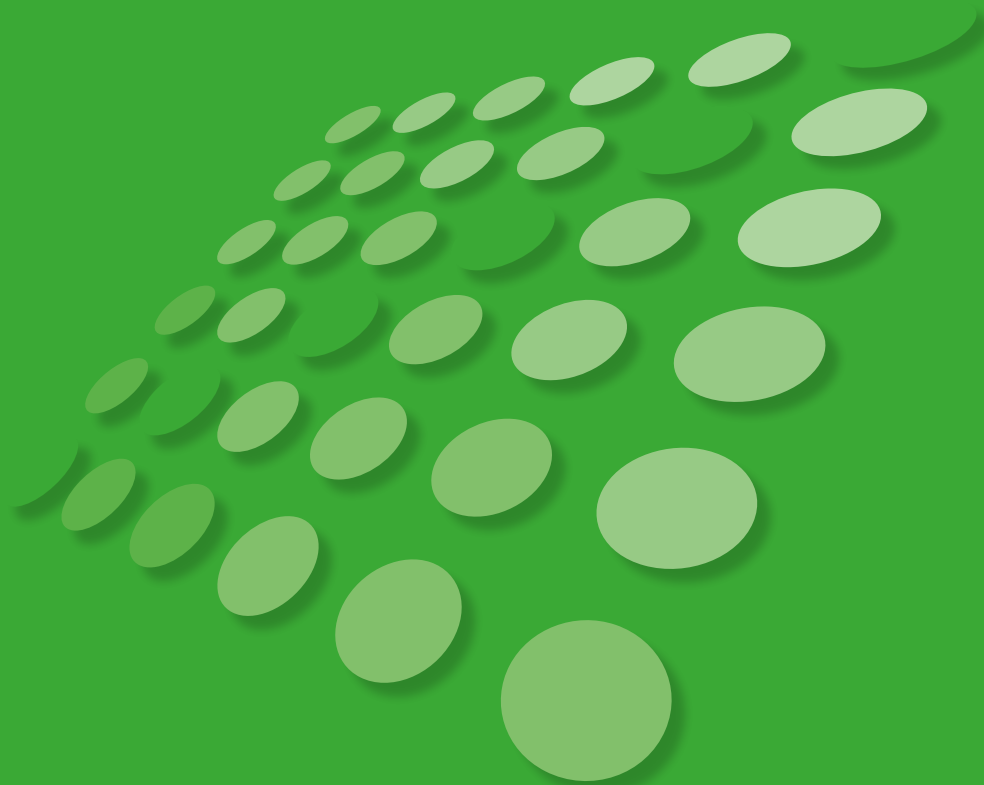
<https://www.krebsinformationsdienst.de/>

Leben nach Krebs! e.V.

Interessenvertretung und Selbsthilfe für Krebsüberlebende im erwerbsfähigen Alter
c/o Sabine Schreiber
Chausseestr. 110
10115 Berlin

E-Mail: info@leben-nach-krebs.de

<https://leben-nach-krebs.de/>



Eine Kooperation von

