

L 4 KR 187/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

4
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 11 KR 21/01

Datum
25.07.2001
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 187/01

Datum
17.06.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Beklagte wird unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Nürnberg vom 25.07.2001 und unter Aufhebung der Bescheide vom 28.06.2000 und 06.09.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.12.2000 verurteilt, dem Kläger Krankengeld in der Zeit vom 12.09. bis 23.11.2000 zu zahlen.
II. Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.
III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Zahlung von Krankengeld in der ab 03.08.1999 laufenden Rahmenfrist.

Der 1963 geborene und bei der Beklagten versicherte Kläger, der von Beruf Maler und Lackierer ist, litt nach den Feststellungen des Klinikum B. vom 16.07.2000 an einem Impingement-Syndrom der rechten Schulter. Auf Grund der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Orthopäden Dr.H. (habituelle Schulterluxation beidseits) erhielt er Krankengeld. Er trat die von der LVA Oberfranken und Mittelfranken bewilligte stationäre Kur in der B. Klinik F. nicht an, vom 22.09.1999 bis 28.09.1999 wurde er im Orthopädischen Spital W. stationär wegen einer arthritischen Arthrose des AC-Gelenkes (acromio-claviculares Gelenk = Schulterreckgelenk) rechts behandelt und am 23.09.1999 operiert. Das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK) vom 06.12.1999 hielt eine stationäre Reha-Maßnahme zum jetzigen Zeitpunkt nicht für sinnvoll. Der Kläger ließ sich vom 05.01. bis 17.01.2000 in der Orthopädischen Klinik des Bezirks Unterfranken (W.) stationär behandeln und eine AC-Resektion durchführen. Am 17.02.2000 teilte der Orthopäde Dr.H. mit, ein Ende der Arbeitsunfähigkeit sei noch nicht abzusehen. Der Kläger sagte auch eine zweite, von der LVA Oberfranken und Mittelfranken bewilligte stationäre medizinische Rehabilitationsleistung ab. Er befand sich vom 17.04.2000 bis 19.04.2000 in stationärer Behandlung der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik M ...

Wegen der habituellen Schulterluxation beidseits bestand für ihn Arbeitsunfähigkeit am 25.02.1999, vom 03.08. bis 30.08.1999 sowie vom 13.09.1999 bis 01.05.2000.

Am 04.05.2000 attestierte der Orthopäde Dr.R. wieder Arbeitsunfähigkeit wegen Entzündung eines Schultergelenks und Nachbehandlung eines chirurgischen Eingriffs; im Folgenden wurde Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis 22.05.2000. Im Juni 2000 erklärte der Kläger sich bereit, an einer Reha-Maßnahme teilzunehmen.

Eine weitere stationäre Behandlung des Klägers im Orthopädischen Spital W. fand vom 22.09.1999 bis 28.09.1999 statt. Das sozialmedizinische Gutachten des MDK vom 16.06.2000 (Gutachter K.) stellte weiterhin Arbeitsunfähigkeit fest; es sei die Durchführung einer Reha-Maßnahme wegen Beschwerdepersistenz indiziert, außerdem liege eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vor. Mit Schreiben vom 20.06.2000 lehnte der Kläger auch die dritte vorgeschlagene Kur ab.

Mit Bescheid vom 28.06.2000 forderte die Beklagte den Kläger auf, spätestens innerhalb von 10 Wochen nach Erhalt dieses Schreibens einen Reha-Antrag (Kur- bzw. Rentenanspruch) zu stellen. Durch Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen über den zuständigen Rentenversicherungsträger solle versucht werden, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen. Sollte er statt der Rehabilitationsmaßnahmen Rente beantragen, sei eine Erwerbsunfähigkeitsrente zu beantragen. Im Falle der Nichtbeachtung könne die Beklagte ihm wegen fehlender Mitwirkung Krankengeld nicht mehr zahlen. Werde der Antrag nicht innerhalb der Frist von zehn Wochen gestellt, werde die Krankengeldzahlung mit Ablauf dieses Zeitraumes und damit auch die Mitgliedschaft bei der Beklagten enden. Bei späterer Antragstellung lebe der Krankengeldanspruch - nicht jedoch die Mitgliedschaft - mit dem Tag der Antragstellung wieder auf. Der Kläger könne den

Versicherungsschutz unter Umständen durch eine freiwillige Versicherung aufrechterhalten. Hiergegen legte er Widerspruch ein.

Er befand sich vom 06.07. bis 07.07.2000 in stationärer Behandlung des Klinikum B. wieder wegen des Impingement-Syndroms der Schulter. Der Orthopäde Prof.Dr.L. berichtete am 20.07.2000 der Beklagten über die therapeutischen Möglichkeiten im Falle des Klägers; da bisher operative Maßnahmen an der rechten Schulter von mehreren Operateuren abgelehnt worden seien, empfehle sich eine stationäre Reha-Maßnahme.

Mit Bescheid vom 06.09.2000 stellte die Beklagte fest, dass die Zehn-Wochenfrist zur Stellung des Antrags auf Maßnahmen zur Rehabilitation am 11.09.2000 ende. Die Krankengeldzahlung werde mit dem 11.09.2000 eingestellt. Eine Fortsetzung der Mitgliedschaft sei innerhalb von drei Monaten, gerechnet ab dem 12.09. 2000, zu beantragen. Der Kläger legte gegen die Einstellung des Krankengelds gleichfalls Widerspruch ein. Er befand sich vom 30.10.2000 bis 17.11.2000 in stationärer Behandlung des Krankenhauses R ... Bereits am 12.09.2000 hatte der Orthopäde Dr.H. unter Bezugnahme auf die früheren Diagnosen wieder Arbeitsunfähigkeit bescheinigt.

Der Kläger ließ mit Schreiben vom 23.11.2000 bei der Beklagten nach der erfolgten Operation den Antrag auf Reha-Maßnahmen stellen, zeigte den freiwilligen Beitritt zur Krankenversicherung an und beantragte die Wiederaufnahme des Krankengelds. Mit Bescheid vom 28.11.2000 bewilligte die Beklagte die Krankengeldzahlung ab 24.11.2000. Die freiwillige Mitgliedschaft bestehe ab 12.09.2000 fort.

Die LVA Oberfranken und Mittelfranken bewilligte mit Bescheid vom 15.12.2000 eine stationäre Heilbehandlung von voraussichtlich drei Wochen in der Klinik H. (B.); der Kläger wurde am 02.01.2001 aufgenommen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 18.12.2000 den Widerspruch zurück. Sie habe den Kläger schriftlich und mündlich auf die Notwendigkeit hingewiesen, einen Rehabilitationsantrag zu stellen. Der MDK sei am 16.06.2000 zweifelsfrei auf Grund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse und der umfangreichen Fallunterlagen einschließlich ärztlicher und krankenhausesärztlicher Berichte zu dem Ergebnis gelangt, dass eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bei dem Kläger vorliege. In Ausübung des pflichtgemäßen Ermessens sei es notwendig gewesen, ihn zur Stellung eines Rehabilitationsantrages aufzufordern, zumal auch das Beschäftigungsverhältnis geendet habe. Auf Grund der Verweigerungshaltung des Klägers hätten der Anspruch auf Krankengeld und die Mitgliedschaft am 11.09.2000 geendet. Bei einem Wiederaufleben des Anspruchs auf Krankengeld seien die Einschränkungen des [§ 48 SGB V](#) zu beachten. Das Aufleben des Anspruchs auf Krankengeld bedeute nicht, dass auch die Beendigung der Mitgliedschaft aufgehoben werde. Es bestehe die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung.

In der Zeit vom 02.01. bis 30.01.2001 unterzog der Kläger sich der stationären Reha-Heilmaßnahme in der Klinik H. (B.). Er erhielt dort physikalische Therapie und wurde mit der Feststellung der vollschichtigen Einsatzfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten entlassen.

Der Kläger hat am 19.01.2001 beim Sozialgericht Nürnberg (SG) Klage erhoben. Das Gutachten des MDK sei keine Grundlage für die Entscheidung der Beklagten, das Krankengeld einzustellen. Die Beklagte habe die Fortzahlung des Krankengelds zu Unrecht verweigert, er müsse weiterhin wegen Bezugs von Krankengeld kostenfrei versichert werden.

Der Kläger hat sich am 19.03.2001 beim Arbeitsamt gemeldet. Der Orthopäde Dr.B. hat am 22.03.2001 als letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit den 26.04.2001 bescheinigt. In der mündlichen Verhandlung am 25.07.2001 hat die Beklagte darauf hingewiesen, dass der Krankengeldanspruch bis zur gesetzlichen Höchstbezugsdauer von 78 Wochen geleistet worden und der Kläger seit 27.04.2001 wieder pflichtversichertes Mitglied der Beklagten sei.

Das SG hat mit Urteil vom 25.07.2001 die Klage abgewiesen. Krankengeld stehe dem Kläger nicht zu; er sei zwar vom 12.09. bis 23.11.2000 durchgehend arbeitsunfähig gewesen, aber der Aufforderung der Beklagten im Bescheid vom 28.06.2000 nicht nachgekommen, innerhalb der bis 11.09.2000 laufenden Frist einen Antrag auf Rehabilitationsleistungen zu stellen. Ein Anspruch auf Fortzahlung des Krankengelds ergebe sich auch nicht auf Grund der aufschiebenden Wirkung des vom Kläger eingelegten Rechtsbehelfs. Die Pflichtmitgliedschaft des Klägers habe am 11.09. 2000 geendet und sei erst zum 27.04.2001 wieder begründet worden. Eine beendete Mitgliedschaft wegen Bezugs von Krankengeld könne nicht durch den aufgelebten Anspruch auf Krankengeld erneut begründet werden.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 30.10.2001. Das Vorgehen der Beklagten zur Beendigung des Krankengelds sei rechtswidrig, da die Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht durch Gutachten festgestellt worden sei. Die zu Unrecht gezahlten Beiträge seien zu erstatten.

Der Klägerbevollmächtigte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 25.07.2001 abzuändern und die Bescheide der Beklagten vom 28.06. und 06.09.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.12.2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger das Krankengeld auch für den Zeitraum 12.09. bis 23.11.2000 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt dieser Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz). Der Wert des Beschwerdegegenstandes (Krankengeld und Beitragserstattung) übersteigt 1000,00 DM ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#) a.F.).

Die Berufung ist begründet; denn der Kläger hat einen Anspruch auf Krankengeld im streitigen Zeitraum vom 12.09. bis 23.11.2000. Es handelt sich hier entsprechend dem prozessualen Anliegen des Klägers ([§ 123 SGG](#)) um eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs.1, 4 SGG](#)).

Gemäß [§ 44 Abs.1](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs.4, §§ 24, 40 Abs.2 und § 41) behandelt werden. Arbeitsunfähigkeit liegt nach der allgemeinen Begriffsbestimmung der Rechtsprechung vor, wenn der Versicherte seine zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit oder eine ähnlich geartete Tätigkeit nicht mehr oder nur auf die Gefahr hin verrichten kann, seinen Zustand zu verschlimmern (Kassler Kommentar - Höfler, § 44, Rdnr.10 mit weiteren Nachweisen auf die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG)).

Auf Grund der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von Dr.H. vom 12.9.2000 ist davon auszugehen, dass der Kläger im streitigen Zeitraum arbeitsunfähig gewesen ist. Außerdem hat in dieser Zeit vom 30.10. bis 17.11.2000 ein stationärer Aufenthalt im Krankenhaus R. stattgefunden. Das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit wird auch von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen. Denn sie hat im Widerspruchsbescheid ausgeführt, es müsse im Interesse des Klägers liegen, "umfassend zu seiner Rekonvaleszenz beizutragen und seine Krankengeld- und Mitgliedschaftsansprüche zu sichern".

Die Beklagte beruft sich im vorliegenden Fall zu Unrecht auf den Wegfall des Krankengelds gemäß [§ 51 Abs.3](#) in Verbindung mit Abs.1 SGB V. Nach dieser Regelung kann die Krankenkasse Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu stellen haben. 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. Sinn und Zweck dieser Vorschrift ist es, den Übergang vom Krankengeld zu anderen Leistungen, insbesondere zu den Leistungen der Rentenversicherungsträger zu regeln. [§ 51 Abs.1 SGB V](#) soll im Interesse der Versicherten und der Versichertengemeinschaft die Rehabilitationszwecke fördern. Bei Abs.3 handelt es sich auch um eine Schutzvorschrift zu Gunsten der Krankenkassen, die mit dem Krankengeld die höhere Leistung gewährt haben. Da die Leistungen der Rentenversicherungsträger antragabhängig sind, benötigen die Krankenkassen die Vorschrift des [§ 51 SGB V](#), um sich von der Leistungspflicht befreien zu können (Kassler Kommentar - Höfler, § 51, Rdnr.2 mit weiteren Nachweisen).

Nach [§ 51 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) setzt die Fristsetzung durch die Krankenkasse jedoch voraus, dass ein ärztliches Gutachten vorliegt. Nach allgemeinem Sprachgebrauch und wegen der Funktion des ärztlichen Gutachtens innerhalb des [§ 51 SGB V](#), mit dem eine Grundlage für die Fristsetzung geschaffen werden soll, erfüllen bloße Atteste oder Bescheinigungen die an ein ärztliches Gutachten zu stellenden begrifflichen Anforderungen nicht. Das BSG hat mit Urteil vom 07.08.1991 ([BSGE 69, 187](#)) zu der entsprechenden Vorschrift im alten Recht (§ 183 Abs.7 Satz 1 Reichsversicherungsordnung) entschieden, dass eine ärztliche Stellungnahme nur dann ein Gutachten ist, wenn darin - jedenfalls summarisch - die erhobenen Befunde wiedergegeben werden und sich der Arzt - soweit es sich um ein sozialmedizinisches Gutachten handelt - zu den nach seiner Auffassung durch die festgestellten Gesundheitsstörungen bedingten Leistungseinschränkungen und ihrer voraussichtlichen Dauer äußert. Dies ergibt sich nach Auffassung des BSG auch aus der Funktion des ärztlichen Gutachtens im Rahmen der Vorschrift. Es soll als Grundlage für die Verwaltungsentscheidung der Krankenkasse dienen, ob dem Erkrankten wegen Erwerbsunfähigkeit eine Frist zur Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen gesetzt werden kann. Deshalb hat es alle medizinischen Gesichtspunkte zu enthalten, die die Beurteilung zulassen, ob Erwerbsunfähigkeit anzunehmen ist oder nicht. Diese Entscheidung, die rechtlicher Natur ist, obliegt der Krankenkasse und nicht dem Arzt. Da die Rechtmäßigkeit der Fristsetzung aber auch von dem Inhalt des Gutachtens abhängt, muss es aus sich heraus verständlich und für diejenigen, die die Verwaltungsentscheidung möglicherweise überprüfen, nachvollziehbar sein. Dies wäre aber nicht gewährleistet, wenn der Arzt sich darauf beschränken würde, nur das Ergebnis seiner Überlegungen in der Form mitzuteilen, dass er Erwerbsunfähigkeit bejaht.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkasse, selbst wenn sie auf Grund des ärztlichen Gutachtens Erwerbsunfähigkeit bejaht, nicht verpflichtet ist, dem Versicherten stets eine Frist zur Stellung des Rehabilitationsantrages zu setzen. Sie hat insoweit einen Ermessensspielraum. Daher muss sie alle Umstände des Einzelfalles sorgfältig abwägen und sich insbesondere bewusst sein, dass die Verwaltungsentscheidung nicht nur zum Wegfall des Krankengeldanspruchs führen und die Kassenmitgliedschaft beenden kann, sondern für den Versicherten darüber hinaus in der Regel entscheidende Bedeutung hat. Konsequenz des Vorgehens der Krankenkasse kann für den Versicherten ein Ausscheiden aus dem Berufsleben und der Verlust des Arbeitsplatzes sein. Diese sorgfältige Abwägung der genannten Umstände ist aber nur möglich, wenn der Krankenkasse eine fundierte ärztliche Stellungnahme, also ein Gutachten mit Befunden, Diagnose und eingehender Beurteilung des Leistungsvermögens vorliegt.

Der Senat verkennt nicht, dass es auf Grund des Krankheitsbildes und der Dauer der Erkrankungen des Klägers für die Beklagte in Frage gekommen ist, [§ 51 SGB V](#) zu prüfen. Es hat aber im vorliegenden Fall kein aktuelles Gutachten vorgelegen, das den oben genannten, von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen genügt. Soweit sich die Beklagte auf das sozialmedizinische Gutachten vom 16.06.2000 beruft, liegt hier keine geeignete Grundlage für die Ermessensentscheidung der Beklagten vor. Denn das Gutachten ist nach Lage der Akten ergangen und enthält als medizinische Tatsache nur die Diagnose (adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel). In dem Abschnitt des Gutachtens "Beurteilung und Leistungsvermögen" ist lediglich davon die Rede, dass die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme indiziert sei und dass in Reha-Kliniken die Therapie fortgeführt bzw. intensiviert werden und möglicherweise der Kläger an Spezialisten verwiesen werden könnte. Das Schreiben von Prof. Dr.L. vom 20.07.2000 an die Beklagte teilt mit, dass der Kasse das subjektive und objektive Beschwerdebild des Klägers bekannt sei; es empfehle sich, eine stationäre Reha-Maßnahme durchzuführen, wobei die B. Klinik in F. eine geeignete Institution sei. Weitere medizinische Befunde, die in engem zeitlichen Zusammenhang vor der Entscheidung der Beklagten in den Verwaltungsakten vom 28.06.2000 und 06.09.2000 erhoben worden sind, enthält die Kassenakte nicht. Die später erhobenen Befunde anlässlich des stationären Aufenthalts im Krankenhaus R. sind als Grundlage für die Ermessensentscheidung der Beklagten gleichfalls nicht geeignet. Die Beklagte verweist zwar auch auf das Gutachten des MDK vom 06.12.1999. Es kommt aber wegen fehlender Aktualität als Grundlage für die Ermessensentscheidung nicht in Betracht; denn der Kläger hat sich nach diesem Gutachten noch drei Mal in stationärer Behandlung befunden.

Der Anspruch auf Krankengeld ist entgegen der Ansicht der Beklagten nicht dadurch ausgeschlossen, dass sie in der laufenden Rahmenfrist (Blockfrist) bereits Krankengeld für insgesamt 78 Wochen gezahlt hat. Gemäß [§ 48 Abs.1 SGB V](#) erhalten Versicherte Krankengeld ohne

zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren (Rahmenfrist), gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Auch wenn durch die Leistungsgewährung im streitigen Zeitraum die Höchstbezugsdauer des Krankengelds von 78 Wochen überschritten wird, steht dies einer entsprechenden Verpflichtung der Kasse nicht entgegen. Denn aus [§ 48 Abs.3 SGB V](#) ergibt sich, dass bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengelds Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt werden. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Der erste Satz dieser Vorschrift greift nicht ein, da weder ein Ruhestatbestand vorliegt, noch die Beklagte Krankengeld versagt hat ([§ 52 SGB V](#)). Von Bedeutung ist hier der zweite Satz, aus dem sich der Umkehrschluss ergibt, dass Zeiten zu berücksichtigen sind, für die ein Anspruch auf Krankengeld besteht. Damit kann die Arbeitsunfähigkeit im streitigen Zeitraum nicht vernachlässigt werden. In welcher Weise die Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Höchstbezugsdauer des Krankengeldanspruchs zu berücksichtigen ist, ergibt sich aus der allgemeinen Regel des [§ 48 Abs.1 Satz 1](#) zweiter Halbsatz SGB V ("gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an"). Damit wird geregelt, dass die jeweils früheren Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zuerst auf die Höchstbezugsdauer von 78 Wochen anzurechnen sind.

Gegen diese Lösung läßt sich nicht mit Recht einwenden, dass die Beklagte bereits den Anspruch auf Krankengeld erfüllt hat. Denn es kommt im Rahmen des [§ 48 Abs.2 SGB V](#) (Wiederaufleben des Krankengelds in der folgenden Rahmenfrist) auf die richtige zeitliche Zuordnung der Arbeitsunfähigkeit an. Auch wegen der mit dem Bestehen der Arbeitsunfähigkeit verbundenen weiteren Fragen wie Fortbestehen z.B. der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger wegen eines Anspruchs auf Krankengeld ([§ 192 Abs.1 Nr.2 SGB V](#)), wegen Beitragsfreiheit ([§ 224 Abs.1 SGB V](#)) für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld, die Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung ([§ 9 Abs.1 Nr.1 SGB V](#)) und eines nachgehenden Anspruchs ([§ 19 Abs.2 SGB V](#)) besteht ein materiell-rechtliches Interesse der Versicherten an der richtigen zeitlichen Feststellung der einzelnen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit.

Soweit es für den streitigen Fall von Bedeutung ist, sind in [§ 48 Abs.1 SGB V](#) zwei Tatbestandsmerkmale zu beachten, die eine unterschiedliche Funktion ausüben. Das Tatbestandsmerkmal "längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren" bestimmt die maximale Leistungsdauer des Krankengelds. Wie dieser zeitliche Rahmen ausgefüllt wird, ergibt sich aus der Berechnungsvorschrift des [§ 48 Abs.1 Satz 1](#) zweiter Halbsatz SGB V in dem Sinne, dass die früheren Zeiten zuerst angerechnet werden. Dieses Ergebnis ist die Konsequenz eines fehlerhaften Verwaltungshandelns, für das die Krankenkasse auch das finanzielle Risiko trägt. Wegen der Meldevorschrift des [§ 49 Abs.1 Nr.5 SGB V](#) ist das Risiko jedoch begrenzt; es kann auch noch dadurch verringert werden, dass in geeigneten Fällen Krankengeld mit Widerrufsvorbehalt gezahlt wird ([§ 32 Abs.2 Nr.3 Sozialgesetzbuch X](#)).

Unerheblich ist dabei, dass die Krankenkasse im vorliegenden Fall in der laufenden Blockfrist Krankengeld länger als 78 Wochen zahlen muss. Sie hat zwar die Möglichkeit, gemäß [§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch X](#) das unrechtmäßig, über das Fristende hinaus gezahlte Krankengeld zurückzufordern, wird aber in den meisten Fällen an einer Aufhebung der Leistungsbewilligung auf Grund des Vertrauensschutzes gemäß [§ 45 Abs.2 SGB X](#) gehindert sein. Dieses Ergebnis ist durch den Vertrauensschutz des Versicherten gerechtfertigt, der nicht die Konsequenzen eines Verwaltungsfehlers zu tragen hat.

Die Auffassung des Senats steht auch im Einklang mit der Entscheidung des BSG vom 08.12.1992 ([SozR 3-2500 § 48 Nr.4 = BSGE 71, 294](#)), die zu [§ 48 Abs.3 SGB V](#) ergangen ist. Auch wenn diese Entscheidung nicht die vorliegende Fallkonstellation betrifft, ist der vom BSG hervorgehobene Normzweck des [§ 48 SGB V](#) zu beachten: Erst wenn die Leistungsdauer von 78 Wochen ausgeschöpft ist, kommt es zu einer vorläufigen Erschöpfung der Anspruchs (BSG SozR 2200 § 183 Nr.5), der aber unter bestimmten Voraussetzungen später "wieder aufleben" kann. Ausgeschöpft wird die Leistungsdauer von 78 Wochen aber nur mit Bezugszeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld mindestens teilweise oder auch nur dem Grunde nach besteht. In dem vom BSG entschiedenen Fall, in dem es um die Auswirkungen der nachträglichen Bewilligung einer Erwerbsunfähigkeitsrente auf Zeit auf die Krankengeldzahlung von insgesamt 78 Wochen gegangen ist, hat es das BSG abgelehnt, Umstände des Verfahrens (Rentenbewilligung), auf die der Versicherte keinen Einfluss hat, zu Lasten des Versicherten zu berücksichtigen, da anderenfalls die Ausschöpfung der Leistungsdauer von 78 Wochen wesentlich von der Arbeitsweise der Sozialversicherungsträger oder sonstigen Zufälligkeiten abhinge. So liegt der Fall hier, da es erst recht nicht dem Risikobereich eines Versicherten zuzurechnen ist, wenn die Krankenkasse bei der Ermittlung des Sachverhalts und der Rechtsanwendung fehlerhaft gehandelt hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Der Senat lässt wegen der Dauer des Krankengeldsbezugs ([§ 48 Abs.1 SGB V](#)) die Revision zu ([§ 160 Abs.2 Nr.1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-09-22