

## Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

---

### Inhalt

1	Allgemeines	1
2	Voraussetzungen	2
2.1	Anspruch auf Krankengeld	3
2.2	Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit	4
2.3	Ärztliches Gutachten	4
2.4	Ermessen der Krankenkasse	5
3	Form	7
4	Frist	7
5	Beratungspflicht der Krankenkasse	11
6	Verwaltungsverfahren der Krankenkasse	12
7	Bindung des Versicherten und des Rentenversicherungsträgers	12
8	Folgen für den Anspruch auf Krankengeld	14
8.1	Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld	15
8.2	Entscheidung über den Wegfall des Anspruchs	15
8.3	Wiederaufleben des Anspruchs auf Krankengeld	16
9	Versicherungsrechtliche Auswirkungen	16
9.1	Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger	16
9.2	Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter	17

### 1 Allgemeines

Die Träger der Rehabilitation (vgl. § 6 SGB IX) sind nach dem Grundsatz „Vorrang von Leistungen zur Teilhabe vor Rente“ (vgl. § 8 Abs. 2 SGB IX) verpflichtet, vor der Bewilligung von Renten wegen Erwerbsminderung (vgl. §§ 43 bis 45 SGB VI) zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe notwendig sind. Davon ist nur abzusehen, wenn insbesondere wegen der Art oder der Schwere der Behinderung ein Erfolg solcher Maßnahmen nicht zu erwarten ist (vgl. § 8 Abs. 1 SGB IX).

In entsprechenden Fällen ist die Krankenkasse berechtigt Versicherte aufzufordern, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu

stellen (vgl. § 51 SGB V). Die Krankenkasse kann nur ausnahmsweise auffordern, einen Rentenantrag zu stellen.

Eine rechtmäßige Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe durch die Krankenkasse ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Da die Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ein Verwaltungsakt der Krankenkasse ist, treten die Rechtsfolgen des unterlassenen Antrags (vgl. § 51 Abs. 3 Satz 1 SGB V) auch bei einer rechtswidrigen Aufforderung ein. Davon ausgenommen ist nur die nichtige Aufforderung (vgl. § 40 SGB X), die von Anfang an unwirksam und damit unbeachtlich ist (vgl. § 39 Abs. 3 SGB X).

Die Antragstellung gehört nicht zu den Mitwirkungspflichten des Versicherten gegenüber der Krankenkasse (vgl. §§ 60 ff. SGB I); die Krankenkasse kann den Antrag nicht anstelle des Versicherten stellen.<sup>1</sup> Die Krankenkasse ist allerdings verpflichtet, den Antrag entgegenzunehmen (vgl. § 16 Abs. 1 Satz 2 SGB I). Der Antrag gilt in diesem Fall zu dem Zeitpunkt als gestellt, zu dem er bei der Krankenkasse eingeht (vgl. § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB I). Die wirksame Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe kann für den Versicherten sowohl hinsichtlich seines Anspruchs auf Krankengeld als auch hinsichtlich seines Versicherungsverhältnisses bestimmte Folgen haben.

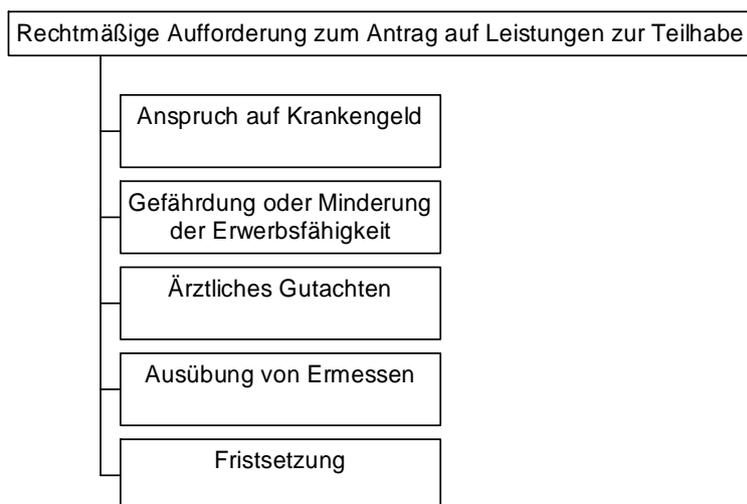
## 2 Voraussetzungen

Die Krankenkasse kann Versicherte zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe auffordern, wenn deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist (vgl. § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V; vgl. Abb. 1). Befinden sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt im Ausland, kann die Krankenkasse entweder zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe oder zum Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung auffordern (vgl. § 51 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

---

<sup>1</sup> Die Krankenkasse kann die Feststellung einer Sozialleistung nicht betreiben, weil es dazu anders als im Recht der Sozialhilfe (vgl. § 91a BSHG; ab 1.1.2005: § 95 SGB XII) an einer Rechtsgrundlage fehlt.

Abb. 1: Voraussetzungen einer rechtmäßigen Aufforderung



## 2.1 Anspruch auf Krankengeld

Eine rechtmäßige Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ist nach der Stellung der Rechtsgrundlage im Gesetz und nach Sinn und Zweck der Vorschrift nur im Zusammenhang mit einem Anspruch auf Krankengeld möglich.<sup>2</sup> Die Regelung will im Schnittbereich der Leistungspflicht von Kranken- und Rentenversicherung sowohl die doppelte Gewährung von Sozialleistungen vermeiden als auch eine sachgerechte Abgrenzung der Leistungszuständigkeit von Kranken- und Rentenversicherung vornehmen. Dabei gilt der Grundsatz, dass Rentenzahlungen den Vorrang vor Krankengeldleistungen haben, weil es in erster Linie Aufgabe der Rentenversicherung ist, bei dauerhafter Erwerbsminderung mit Leistungen einzutreten. Der Krankenkasse wird das Recht eingeräumt, Einfluss auf den Beginn der antragsabhängigen Rente wegen Erwerbsminderung zu nehmen und einen Wegfall ihrer Leistungszuständigkeit für das Krankengeld schon vor Erreichen der Anspruchshöchstdauer zu bewirken.

Die Aufforderung kann bereits vor dem Beginn des Bezugs von Krankengeld ausgesprochen werden, wenn der Versicherte z. B. Entgeltfortzahlung durch seinen Arbeitgeber erhält.<sup>3</sup> Ob eine Aufforderung nach dem Ende des Anspruchs auf Krankengeld sinnvoll ist, muss im Einzelfall geprüft werden.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Die Rechtsgrundlage für die Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (§ 51 SGB V) befindet sich im 3. Kapitel, 5. Abschnitt, 2. Titel SGB V unter der Überschrift „Krankengeld“.

<sup>3</sup> BSG, Urteil vom 26.6.2008, B 13 R 37/07 R

<sup>4</sup> Wenn der Versicherte nach beendetem Krankengeldanspruch zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe aufgefordert wird, hat der unterlassene Antrag keinerlei nachteilige Rechtsfolgen hinsichtlich des Krankengeldanspruchs. Es können sich dennoch u. a.

## 2.2 Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit

Die Krankenkasse kann zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe auffordern, wenn der Versicherte in seiner Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist. Das ist in der Regel der Fall, wenn

- der Versicherte wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (vgl. § 43 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 2 SGB VI),
- der Versicherte wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann (vgl. § 43 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 SGB VI) oder
- der Versicherte voll erwerbsgemindert ist und nicht erfolgreich in den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden kann (vgl. § 43 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 SGB VI) oder
- der Versicherte wegen Krankheit oder Behinderung nicht imstand ist, die von ihm bisher ausgeübte knappschaftliche Beschäftigung und eine andere wirtschaftlich im Wesentlichen gleichwertige knappschaftliche Beschäftigung, die von Personen mit ähnlicher Ausbildung sowie gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten ausgeübt wird, auszuüben (vgl. § 45 Abs. 2 Satz 1 SGB VI).

## 2.3 Ärztliches Gutachten

Die Beurteilung, ob die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann nur aufgrund eines ärztlichen Gutachtens erfolgen.<sup>5</sup> Das Gutachten sollte neben der Krankheitsgeschichte Aussagen zum Befund, zur Diagnose sowie zum Ergebnis der Begutachtung enthalten. Die Krankenkasse wird regelmäßig den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Begutachtung beauftragen (vgl. § 275 SGB V).<sup>6</sup> Dessen Gutachten soll inhaltlich so gestaltet sein, dass es von anderen Sozialleistungsträgern akzeptiert wird. Es muss neben einer ausführlichen berufs- und arbeitsplatzbezogenen Anamnese Aussagen darüber enthalten,

---

Auswirkungen auf den Krankengeldanspruch ergeben, wenn es aufgrund eines in einen Rentenantrag umgewandelten Antrags auf Leistungen zur Teilhabe rückwirkend zur Zubilligung von vorgezogenem Übergangsgeld (für Versicherungsfälle bis zum 31. Dezember 2000) oder Rente kommt.

<sup>5</sup> Anforderungen an die Person des Gutachters und den Inhalt des Gutachtens vgl. BSG, Urteil vom 7. August 1991 -1/3 RK 26/90-, BSGE 69, 187, SozR 3

<sup>6</sup> vgl. auch Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung vom 27. August 1990, Pkt. 3.4.1

- welche Minderbelastbarkeiten und/oder Leistungs- und Funktionseinschränkungen vorliegen,
- weshalb sie eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit bedingen,
- ob voraussichtlich durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet bzw. bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder der Eintritt von teilweiser oder voller Erwerbsminderung voraussichtlich abgewendet werden kann,
- welche Motivation der Versicherte erkennen lässt und
- ob die zuletzt ausgeübte Beschäftigung/Tätigkeit nach den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben voraussichtlich wieder aufgenommen werden kann.

Das Gutachten schließt mit der Beurteilung ab, ob und wann vor Antritt der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben die Arbeitsunfähigkeit beendet sein wird.<sup>7</sup>

## 2.4 Ermessen der Krankenkasse

Die Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ist in das pflichtgemäße Ermessen der Krankenkasse gestellt.<sup>8</sup> Das Ermessen ist auf der Rechtsfolgenseite der Rechtsgrundlage angesiedelt und stellt sogenanntes Anwendungsermessen dar. Die Krankenkasse kann aufgrund des eingeräumten Entschließungsermessens entscheiden, ob die Aufforderung ausgesprochen wird oder nicht.

---

<sup>7</sup> vgl. auch Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung "Begutachtung") vom 22. März 2004

<sup>8</sup> Fehlerhaftes oder unterbliebenes Ermessen stellen materiellrechtliche Fehler dar, die die Aufforderung rechtswidrig und aufhebbar machen (vgl. § 44 SGB X). Wurde dagegen nur die für einen schriftlichen Verwaltungsakt erforderliche Begründung unterlassen oder fehlerhaft erteilt, handelt es sich um einen Verfahrens- oder Formfehler, der nachträglich geheilt werden kann, indem eine vollständige und fehlerfreie Begründung nachgeholt wird (vgl. § 41 Abs. 1 Nr. 2 SGB X). Darin sind u. a. die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Krankenkasse zu ihrer Entscheidung bewegen haben (vgl. § 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X). Außerdem muss die Begründung die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen die Krankenkasse bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist (vgl. § 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X).

Bei der Ausübung des Ermessens muss die Krankenkasse alle Umstände des Einzelfalls sorgfältig abwägen und die Belange des Versicherten beachten. Dabei räumt das Gesetz bei der Abwägung zwischen den Gestaltungsmöglichkeiten des Versicherten und den Befugnissen der Krankenkasse grundsätzlich den Interessen der Krankenkasse den Vorrang ein. Eine Entscheidung zugunsten des Versicherten erfordert, dass seine Belange den bei Dauerzuständen gesetzlich typisierten Vorrang der Krankenkasseninteressen an einer Begrenzung der Krankengeldaufwendungen sowie der Überantwortung der Kompensation krankheitsbedingten Entgeltausfalls an die Rentenversicherungsträger überwiegen. Dabei ist das bloße Interesse des Versicherten, das Krankengeld weiterhin und möglichst lange in Anspruch nehmen zu wollen, nicht schützenswert.

Die rechtlichen Schranken des Ermessens, die verfassungsrechtlicher und verwaltungsrechtlicher Art sind, sind einzuhalten. Wird eine entsprechende Entscheidung gerichtlich überprüft, beschränkt sich die Prüfung ausschließlich auf die Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandelns einschließlich der Ermessensausübung. Lediglich im Widerspruchsverfahren der Krankenkasse (vgl. §§ 77 ff. SGG) wird auch die Zweckmäßigkeit überprüft.

Die rechtliche Bindung des Ermessens der Krankenkasse ergibt sich aus § 39 Abs. 1 SGB I. Die Vorschrift ist von ihrem Wortlaut her auf Ermessensleistungen beschränkt, betrifft in ihrer Allgemeingültigkeit aber sämtliche Ermessensentscheidungen, zu denen die Krankenkasse ermächtigt ist. Ermessen ist entsprechend dem Zweck der Ermächtigung auszuüben; die gesetzlichen Grenzen des Ermessens sind einzuhalten (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Auf pflichtgemäße Ausübung des Ermessens besteht ein gerichtlich einklagbarer Anspruch (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB I). Ein Ermessensfehler liegt vor, wenn diesen Vorgaben zuwidergehandelt wird. Der Ermessensfehlergebrauch führt zur Rechtswidrigkeit der Aufforderung.

Die Krankenkasse ist verpflichtet, das eingeräumte Ermessen zu betätigen. Geschieht dieses nicht, liegt ein Ermessensfehler vor (Ermessensunterschreitung, Ermessensmangel). Gleichzeitig ergibt sich das Verbot des Ermessensmissbrauchs bzw. Ermessensfehlergebrauchs. Die Krankenkasse muss sich bei ihrer Entscheidung von sachlichen und zweckgerechten Erwägungen leiten lassen und darf nur solche Gesichtspunkte berücksichtigen, die der Zweck der gesetzlichen Ermächtigung deckt.

Aus den Grundrechten ergeben sich die grundrechtlichen Schranken des Ermessens, die sich im Wesentlichen aus dem Gleichheitssatz (vgl. Art. 3 Abs. 1 GG) und seiner Konkretisierung (vgl. Art. 3 Abs. 2 und Abs. 3 GG) ableiten lassen. Das Gleichbehandlungsgebot verpflichtet die Krankenkasse zur gleichmäßigen Ermessensausübung. Wenn sich dabei eine bestimmte Entscheidungspraxis entwickelt hat, darf die Krankenkasse aufgrund des Gleichbehandlungsgebots von der bisherigen Praxis nicht ohne hinreichenden sachlichen Grund abweichen. Die Entscheidungspraxis kann ihre

Grundlage in behördeninternen Verwaltungsvorschriften oder in Geschäfts- und Dienstanweisungen ohne Außenwirkung haben. Diese Verwaltungsvorschriften entfalten durch ihren Vollzug eine gewisse Wirksamkeit und sind auch in Zukunft in gleich gelagerten Fällen im Außenverhältnis anzuwenden. Die Krankenkasse bindet sich also durch eine bestimmte Verwaltungspraxis auch hinsichtlich zukünftiger Entscheidungen in gleich gelagerten Fällen. Diese „Selbstbindung der Verwaltung“ kann faktisch zu einer Ermessensreduzierung „auf null“ führen.

Die Begründung der Aufforderung muss auch die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen bei der Ausübung des Ermessens ausgegangen wird (§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X). Wenn Ermessen ausgeübt wurde und lediglich eine Aussage dazu in der Begründung fehlt, dann kann diese nachgeholt werden und macht den Form- bzw. Verfahrensfehler unbeachtlich (§§ 41 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 SGB X). Die Begründung kann bis zum Abschluss der letzten gerichtlichen Tatsacheninstanz nachgeholt werden.

Bei einer unvollständigen Begründung ist zunächst davon auszugehen, dass Ermessen nicht ausgeübt wurde. Die Aufforderung leidet dann an einem materiellen Fehler und ist rechtswidrig und aufhebbar.

### 3 Form

Die Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ist an keine bestimmte Form gebunden. Aus Gründen der Rechtssicherheit empfiehlt sich allerdings die Schriftform. Dabei ist sicherzustellen, dass die Aufforderung für den Versicherten hinreichend bestimmt ist (vgl. § 33 Abs. 1 SGB X) und eine Begründung enthält (vgl. § 35 Abs. 1 SGB X). Die Begründung muss die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe beinhalten, welche die Krankenkasse zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Außerdem sind die Gesichtspunkte zu nennen, von denen die Krankenkasse bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist. Wurde Ermessen fehlerfrei ausgeübt und lediglich unterlassen, in der Begründung zu einer schriftlichen Aufforderung und ggf. einem entsprechenden Verwaltungsakt auf die Gesichtspunkte einzugehen, die die Krankenkasse zu ihrer Ermessensentscheidung bewogen haben, handelt es sich um einen Verfahrens- oder Formfehler und nicht um einen materiellrechtlichen Fehler. Die unterlassene oder fehlerhafte Begründung wird geheilt, indem die erforderliche Begründung nachträglich gegeben wird (vgl. § 41 Abs. 1 Nr. 2 SGB X). Ein Verwaltungsakt darf in diesem Zusammenhang nicht deshalb aufgehoben werden, weil der Form- oder Verfahrensfehler nicht geheilt wurde (vgl. § 42 Satz 1 SGB X).

### 4 Frist

Der Versicherte hat aufgrund einer wirksamen Aufforderung den Antrag innerhalb einer Frist von zehn Wochen zu stellen (vgl. Bsp. 1). Die Krankenkasse übt kein Ermessen hinsichtlich

des Laufs und der Dauer dieser Frist aus. Es handelt sich um eine gesetzliche Frist, die materiellrechtlicher Natur ist.

### Bsp. 1: Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe durch die Krankenkasse

- Datum des Schreibens/Aufgabe zur Post 15. März 2010
- Bekanntgabe beim Versicherten 18. März 2010

Ablauf der 10-Wochen-Frist 27. Mai 2010

Entscheidend für den Beginn der Frist ist das Datum, zu dem der Versicherte von der Aufforderung Kenntnis erlangt (Ereignistag). Die Frist endet nach Ablauf von zehn Wochen an dem Tag, der nach seiner Bezeichnung dem Ereignistag entspricht. Wenn das Ende der Frist auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag fällt, verlängert sich die Frist auf den nächstfolgenden Werktag.<sup>9</sup>

Der Fristverlauf und das Fristende sind nach § 26 Abs. 1 SGB X zu bestimmen. Danach gelten die §§ 187 bis 193 BGB für die Berechnung der Frist entsprechend, soweit im Sozialgesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist. Der Lauf der Frist wird durch die wirksame Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gegenüber dem Versicherten zu diesem Zeitpunkt ausgelöst. Der entsprechende Tag (Ereignistag) wird bei der Berechnung der Frist nicht mitgerechnet (vgl. § 187 Abs. 1 BGB). Die Frist endet mit dem Ablaufe desjenigen Tages der letzten Woche, welcher durch seine Benennung dem Ereignistag entspricht (vgl. § 188 Abs. 2 BGB).

Das Ende einer Frist fällt nach dem Wortlaut des Gesetzes auf den Ablauf des letzten Tages der Frist. Eine am Wortlaut orientierte Auslegung entsprechender Vorschriften führt zu dem Ergebnis, dass unabhängig von der Dienstzeit der Krankenkasse Fristen stets um 24.00 Uhr enden. Das Bundesverfassungsgericht<sup>10</sup> hält diese vom Wortlaut her nahe liegende Auslegung des einfachen Rechts im Hinblick auf die Rechtsschutzgarantien der Artikel 19 Abs. 4 und Artikel 103 Abs. 1 GG auch verfassungsrechtlich für geboten. Die Beschränkung einer Frist auf das Dienstende einer Krankenkasse stellt danach eine verfassungswidrige Erschwerung des Zugangs zum Gericht dar.<sup>11</sup>

<sup>9</sup> zur Berechnung von Fristen vgl. § 26 SGB X i. V. m. §§ 187 ff. BGB

<sup>10</sup> BVerfG, Beschluß vom 11. 2. 1976 -2 BvR 652/75-, USK 7671

<sup>11</sup> Der Versicherte hat das Recht, gesetzliche Rechtsmittelfristen voll auszuschöpfen (BVerfG, Beschluss vom 3. 6. 1975 -2 BvR 99/74-, USK 7591). . Es ist daher sachgerecht, dem Bürger auch noch in den Abendstunden die Abgabe seiner schriftlichen Erklärungen zu ermöglichen. Den Behörden und Gerichten erwachsen daraus keine unzumutbaren Schwierigkeiten. Die Rechtzeitigkeit des Eingangs vor 24

Abweichungen ergeben sich u. a. aus § 26 Abs. 3 SGB X. Die Vorschrift enthält eine Verlängerung der Frist auf den Ablauf des nächstfolgenden Werktags, wenn das Ende der Frist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend fällt. Gesetzlicher Feiertag in diesem Sinne ist ein Feiertag nach Bundes- oder Landesrecht, das an dem Ort gilt, an dem der Antrag zu stellen ist.

War der Versicherte ohne Verschulden verhindert, die gesetzliche Frist einzuhalten, ist ihm auf Antrag Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren (vgl. § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB X). Aus dem Gesetzestext ist ersichtlich, dass die Vorschrift nur auf gesetzliche Fristen anwendbar ist. Allerdings wird nicht zwischen verfahrensrechtlichen und materiellen Fristen differenziert. Demnach wird Wiedereinsetzung auch gewährt, wenn sogenannte Ausschlussfristen versäumt wurden. § 27 SGB X setzt damit das Interesse des Betroffenen bei schuldloser Fristversäumnis über das mit der Fristnorm verbundene Interesse des Gesetzgebers.<sup>12</sup>

Wiedereinsetzung setzt ein unverschuldetes Fristversäumnis voraus. Davon ist stets dann auszugehen, wenn die Ursache für die Fristversäumnis bei der Krankenkasse liegt. Denkbar ist ein Verschulden der Krankenkasse bei Verletzung von Nebenpflichten aus dem Sozialrechtsverhältnis, insbesondere zur Beratung der Versicherten.<sup>13</sup> Unverschuldet ist eine

---

Uhr lässt sich mit relativ einfachen Mitteln (z. B. Nachtbriefkasten) kontrollieren (BVerfG, Beschluss vom 11. 2. 1976 -2 BvR 652/75- USK 7671).

<sup>12</sup> § 27 SGB X ist nach seinem Wortlaut auch auf Fristen anwendbar, deren Nichteinhaltung die materielle Rechtsstellung des Säumigen berührt (materielle Fristen). Für die Anwendung des § 27 SGB X auf materielle Fristen spricht ferner, daß der Gesetzgeber mit dieser Vorschrift anscheinend eine sichere Rechtsgrundlage schaffen wollte, nach der künftig die Wiedereröffnung einer versäumten gesetzlichen Frist zu beurteilen ist. Wäre dies in § 27 SGB X nur für Verfahrensfristen geregelt worden, dann wäre der sehr viel größere und wichtigere Bereich der materiellen Fristen ungeregelt geblieben. Das hätte für den Bereich der Sozialversicherung bedeutet, daß die bestehende Lücke, wie in der Zeit vor dem Inkrafttreten des SGB X, weiter mit Hilfe des von Treu und Glauben entwickelten Rechtsinstituts der Nachsichtgewährung hätte geschlossen werden müssen; das kann nicht in der Absicht des Gesetzgebers gelegen haben. (BSG, Urteil vom 25. 10. 1988 -12 RK 22/87-, USK 88199)

<sup>13</sup> § 14 SGB I normiert einen Anspruch auf Beratung für jeden. Dabei handelt es sich um ein subjektiv-öffentliches Recht der Sozialleistungsberechtigten, das ggf. klageweise durchgesetzt werden kann. Aufgrund der Stellung im Gesetz kann davon ausgegangen werden, daß der Beratungsanspruch ein Sozialleistungsanspruch ist, der durch einen Antrag (§ 19 SGB IV) beim zuständigen Sozialleistungsträger (§ 16 SGB I) geltend zu

Fristversäumnis nach herrschender Rechtsauffassung auch dann, wenn sich der Antragsteller auf normale Laufzeiten von Postsendungen verlassen hat, wobei allenfalls geringe, jedoch nicht außergewöhnliche Verzögerungen eingerechnet werden müssen.<sup>14</sup>

Der Antrag auf Wiedereinsetzung ist innerhalb von zwei Wochen nach Wegfall des Hinderungstatbestandes zu stellen (vgl. § 27 Abs. 2 Satz 1 SGB X). Innerhalb desselben Zeitraums ist der versäumte Antrag nachzuholen (vgl. § 27 Abs. 2 Satz 3 SGB X).

Wiedereinsetzung ist auch ohne einen entsprechenden Antrag zu gewähren, wenn der versäumte Antrag innerhalb der Zweiwochenfrist gestellt wird (vgl. § 27 Abs. 2 Satz 4 SGB X). Im Ergebnis können der Antrag auf Wiedereinsetzung und der versäumte Antrag miteinander verbunden werden. Die Krankenkasse hat in jedem Fall bei einem verspäteten Antrag die Wiedereinsetzung zu prüfen. Ermessen wird dabei nicht eingeräumt. Der Bescheid über aufgrund eines Fristversäumnisses hergeleitete Rechtsfolgen muss sich in seiner Begründung auch mit den Gründen für eine nicht gewährte Wiedereinsetzung auseinandersetzen.

Die Wiedereinsetzung ist ausgeschlossen, wenn seit dem Ende der versäumten Frist ein Jahr verstrichen ist (vgl. § 27 Abs. 3 SGB X).

Neben der Wiedereinsetzung ist ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch denkbar, wenn ein Sozialleistungsträger gegen seine Auskunftspflicht verstoßen hat. Er ist auf die Vornahme einer mit Recht und Gesetz in Einklang stehenden Amtshandlung zur Herbeiführung derjenigen Rechtsfolge gerichtet, welche eingetreten wäre, wenn der Versicherungsträger die ihm obliegenden Pflichten ordnungsgemäß wahrgenommen hätte, wobei die Pflichtverletzung ursächlich für den sozialrechtlichen Schaden gewesen sein muss.<sup>15</sup> Dieses richterrechtlich aus den sozialen Rechten entwickelte verschuldensunabhängige sekundäre Recht knüpft u. a. an die Verletzung "behördlicher" Auskunft-, Beratungs- und Betreuungspflichten im Sozialversicherungsverhältnis an.<sup>16</sup>

---

machen ist. Allerdings kann ein Sozialversicherungsträger auch ohne Antrag beraten, wenn er von relevanten Tatbeständen Kenntnis erlangt.

<sup>14</sup> Der Bundesfinanzhof hat eine unverschuldete Fristversäumnis angenommen, als ein Telegramm am letzten Tag der Frist um 16.44 Uhr aufgegeben worden war, nicht dagegen bei einem am letzten Tag aufgegebenen Eilbrief, vielmehr in diesem Fall einen telegrafischen Fristverlängerungsantrag für notwendig gehalten (Beschluss des BFH vom 22. 5. 1969, -V R 24/69-).

<sup>15</sup> BSG, Urteil vom 26.4.2005, B 5 RJ 6/04 R

<sup>16</sup> BSG, Urteil vom 24. Juli 2003 -B 4 RA 13/03 R-

1. Es muss eine sich aus dem jeweiligen Sozialrechtsverhältnis ergebende Pflicht des Sozialleistungsträgers oder eines anderen Organs oder Leistungsträgers (sofern dieser mit der Erfüllung der Pflicht für den Sozialleistungsträger beauftragt gewesen ist) bestehen.
2. Diese Pflicht muss dem Sozialleistungsträger gerade dem Sozialleistungsberechtigten gegenüber obliegen.
3. Diese Pflicht muss objektiv rechtswidrig nicht oder schlecht erfüllt worden sein.
4. Die Pflichtverletzung muss zumindest gleichwertig einen dem Sozialleistungsträger zurechenbaren sozialrechtlichen Nachteil verursacht haben.

Liegen diese Voraussetzungen vor, ist grundsätzlich und soweit notwendig sowie rechtlich und tatsächlich möglich der Zustand wieder herzustellen, der bestehen würde, wenn die Pflichtverletzung nicht eingetreten wäre und der Sozialleistungsträger sich rechtmäßig verhalten hätte. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch richtet sich gegen den zuständigen Sozialversicherungsträger und besteht unabhängig davon, welcher Sozialversicherungsträger die Pflichtverletzung im Zusammenhang mit seiner Auskunft- oder Beratungspflicht begangen hat.

Wurde infolge der Verletzung der Nebenpflicht eine Frist versäumt und kann Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nicht gewährt werden, kann zum sozialrechtlichen Herstellungsanspruch auch gehören, dass dem Sozialleistungsberechtigten eine nachträgliche Antragstellung ermöglicht wird.

## 5 Beratungspflicht der Krankenkasse

Der Versicherte muss wegen der weitreichenden Rechtsfolgen einer Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe eindeutige Klarheit darüber erhalten, welche Konsequenzen für ihn mit einer daraufhin erfolgenden Beantragung von Leistungen verbunden sind. Dazu ist mit Rücksicht auf die Beratungspflichten eines Sozialleistungsträgers (vgl. § 14 SGB I) insbesondere eine Information über die sich als Rechtsfolge ergebende mögliche Einstellung des Krankengeldes nach Ablauf des Zehnwochenzeitraums gemäß § 51 Abs. 3 SGB V erforderlich. Ebenso nötig ist ein Hinweis auf die eingeschränkte Dispositionsbefugnis über die Ansprüche gegenüber dem Rentenversicherungsträger. Mängel in der Wahrnehmung der Beratungspflicht begründen einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch des Versicherten.

## 6 Verwaltungsverfahren der Krankenkasse

Die Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ist ein Verwaltungsakt (vgl. § 31 SGB X), der mit einem Widerspruch angefochten werden kann.<sup>17</sup> Die schriftliche Aufforderung ist mit einer Begründung zu versehen, der die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe für die Aufforderung zu entnehmen sein müssen (vgl. § 35 Abs. 1 Satz 1, 2 SGB X). Dabei müssen auch die Gesichtspunkte zu erkennen sein, von denen die Krankenkasse bei der Ausübung des Ermessens ausgegangen ist (vgl. § 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X). Da es sich bei der Aufforderung um einen befehlenden Verwaltungsakt handelt, der in die Rechte des Versicherten eingreift (u. a. das Dispositionsrecht hinsichtlich seiner Sozialleistungsansprüche), ist der Versicherte vor der Aufforderung anzuhören (vgl. § 24 Abs. 1 SGB X). Gründe, von einer Anhörung abzusehen, sind nicht denkbar (vgl. § 24 Abs. 2 SGB X). Es empfiehlt sich, im Zusammenhang mit der Aufforderung über die Rechtsfolgen eines unterlassenen oder verspätet gestellten Antrags ausführlich zu beraten.

## 7 Bindung des Versicherten und des Rentenversicherungsträgers

Ein Versicherter entscheidet aufgrund seiner allgemeinen Dispositionsbefugnis darüber, ob er bei antragsabhängigen Sozialleistungen einen Leistungsantrag stellt oder einen gestellten Antrag zurück nimmt. Es kann auch bestimmt werden, dass der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht die Wirkung eines Rentenanspruchs hat. Ein Rentenanspruch kann darüber hinaus bis zum Erlass des Rentenbescheids oder bis zum Ablauf der damit verbundenen Widerspruchsfrist zurückgenommen werden.<sup>18</sup>

Ein Versicherter, der entsprechend der Aufforderung der Krankenkasse einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gestellt hat, darf diesen nur noch mit Zustimmung der Krankenkasse wirksam zurücknehmen, beschränken oder der Rentenanspruchsfiktion (vgl. § 116 Abs. 2 SGB IV widersprechen.<sup>19</sup> § 51 SGB V stellt damit eine gesetzliche Einschränkung der Dispositionsbefugnis des Versicherten über seine Sozialleistungsansprüche gegen den Rentenversicherungsträger dar.<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> BSG, Urteil vom 17.12.2002, B 7 AL 18/02 R, zum vergleichbaren Tatbestand der Aufforderung zum Rentenanspruch nach § 202 Abs. 1 Satz 1 SGB III

<sup>18</sup> ständige Rechtsprechung des BSG (vgl. stellvertretend BSG, Urteil vom 7.12.2004, B 1 KR 6/03 R mit weiteren Nachweisen

<sup>19</sup> BSG, Urteil vom 7.12.2004, B 1 KR 6/03 R

<sup>20</sup> Da der Antrag eines vermindert Erwerbsfähigen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Maßgabe des § 116 Abs. 2 SGB VI als Antrag auf Rente gilt (für die Zeit bis zum 31. Dezember 1991 vgl § 1241d Abs. 3

Diese eingeschränkte Dispositionsbefugnis ist durch den Rentenversicherungsträger (auch im Erstattungsverfahren) zu berücksichtigen, wenn der Bescheid der Krankenkasse nicht offensichtlich fehlerhaft war.<sup>21</sup> Dazu ist es erforderlich, dass der Rentenversicherungsträger von der wirksamen Einschränkung der Dispositionsbefugnis durch die Krankenkasse weiß. Die entsprechende Benachrichtigung des Rentenversicherungsträgers durch die Krankenkasse entspricht der Pflicht der engen Zusammenarbeit (vgl. § 86 SGB X).

Die "offensichtliche Fehlerhaftigkeit" ist nicht gleichbedeutend mit der Nichtigkeit eines Bescheides (vgl. § 40 SGB X), die einen "besonders schwerwiegenden Fehler" des Verwaltungsakts voraussetzt, der "bei verständiger Würdigung der in Betracht kommenden Umstände offensichtlich ist". Der nichtige Verwaltungsakt ist - im Gegensatz zu einem offensichtlich fehlerhaften im obigen Sinne - von vornherein unwirksam (vgl. § 39 Abs 3 SGB X). Verfahrensfehler der Krankenkasse wie z. B. eine mangelnde Anhörung oder eine unterlassene Ausübung von Ermessen stellen keine offensichtliche Fehlerhaftigkeit dar.

Die Krankenkasse hat bei der Erteilung oder Verweigerung der Zustimmung die berechtigten Interessen des Versicherten im Rahmen einer Interessenabwägung angemessen zu berücksichtigen.<sup>22</sup> Wenn das berechnete Interesse des Versicherten an einem Hinausschieben des Rentenbeginns die Belange der Krankenkasse überwiegt, hat die Krankenkasse ihre Zustimmung zu erteilen.<sup>23</sup>

---

RVO), kann die Krankenkasse durch eine Aufforderung und Fristsetzung nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V Einfluss auf den Beginn der Rente nehmen und damit einen frühzeitigen Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld bewirken. Um der Krankenkasse diesen gesetzgeberisch beabsichtigten Vorteil zu erhalten, hat das Bundessozialgericht bereits zu § 183 Abs. 7, 8 RVO a. F., den Vorgängervorschriften des § 51 Abs. 1 und 2 SGB V, entschieden, dass der Versicherte, der entsprechend der Aufforderung der Krankenkasse einen Renten- oder Rehabilitations-Antrag gestellt hat, diesen nur noch mit Zustimmung der Kasse wirksam zurücknehmen oder beschränken kann (vgl. BSG, Urteil vom 9. September 1981 -3 RK 42/80-, BSGE 52, 26, 29 ff, SozR 2200 § 1248 Nr 33, USK 81171).

<sup>21</sup> BSG, Urteil vom 26.6.2008, B 13 R 37/07 R

<sup>22</sup> Berechnete Interessen des Versicherten ergeben sich, wenn durch das Hinausschieben des Versicherungsfalls eine erhebliche Verbesserung des Rentenanspruchs erreicht wird, z. B. durch eine evtl. noch mögliche Erfüllung der Voraussetzungen für eine Erhöhung der Rentenbemessungsgrundlage (vgl. BSG, Urteil vom 4. Juni 1981 -3 RK 50/80-; BSGE 52, 26; USK 81135).

<sup>23</sup> BSG, Urteil vom 7.12.2004, B 1 KR 6/03 R

Hängt die Wirksamkeit der Antragsrücknahme bzw. der Ausschluss der Rentenantragsfiktion des § 116 Abs. 2 SGB VI von der Zustimmung der Krankenkasse ab, kann der Versicherte eine förmliche Entscheidung der Krankenkasse darüber herbeiführen, ob sie diese Zustimmung erteilt oder nicht. Die Krankenkasse ist in ihrer Entschließung über diesen Antrag nicht völlig freigestellt, sondern hat ihre Entscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen. Die Entscheidung ist auf Ermessensfehler hin sozialgerichtlich überprüfbar. Kann der Versicherte ein berechtigtes Interesse am Hinausschieben des Rentenbeginns geltend machen, das die Belange der Krankenkasse überwiegt, muss diese ihre Zustimmung erteilen. Ein solches berechtigtes Interesse des Versicherten kommt vor allem in Betracht, wenn eine erhebliche Verbesserung des Rentenanspruchs erreicht werden kann, z. B. durch eine evtl. noch mögliche Erfüllung der Voraussetzungen für eine Erhöhung der Rentenbemessungsgrundlage.

Die Dispositionsbefugnis des Versicherten ist auch dann eingeschränkt, wenn die Krankenkasse bei bereits gestelltem Antrag die Aufforderung „nachschiebt“ oder den Versicherten auffordert, seinen bereits gestellten Antrag nicht ohne ihre Zustimmung zurückzunehmen oder zu beschränken.<sup>24</sup> Der Krankenkasse ist es auch nicht verwehrt, zur Einschränkung der Dispositionsfreiheit des Versicherten eine entsprechende Aufforderung auszusprechen, wenn bereits ein Rentenantrag gestellt wurde. Sinn und Zweck des § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V würde es auch entsprechen, wenn die Krankenkasse den Versicherten lediglich unter Hinweis auf die Rechtsfolgen des § 51 Abs 3 SGB V auffordert, einen bereits gestellten Rentenantrag ohne ihre Zustimmung nicht zurückzunehmen oder zu beschränken. Wichtig ist dabei vor allem, dass die Krankenkasse dem Versicherten deutlich zu erkennen gibt, dass er über seinen Rentenantrag nicht mehr ohne Folgen für den Krankengeldanspruch frei verfügen kann.

## 8 Folgen für den Anspruch auf Krankengeld

Die Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe kann sowohl hinsichtlich des Anspruchs auf Krankengeld als auch hinsichtlich des Versicherungsverhältnisses bestimmte Folgen haben. Die Folgen treten ein, wenn der Versicherte den Antrag trotz wirksamer Aufforderung nicht oder nicht fristgerecht stellt.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> BSG, Urteil vom 26.6.2008, B 13 R 37/07 R

<sup>25</sup> Rechtsfolgen des gestellten Antrags auf den Krankengeldanspruch ergeben sich nicht unmittelbar sondern durch Sozialleistungen des Rentenversicherungsträgers, die aufgrund des Antrags zugewilligt werden (z. B. Übergangsgeld oder Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung).

## 8.1 Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld

Wird der Antrag trotz einer wirksamen Aufforderung nicht oder nicht fristgerecht gestellt, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist (vgl. § 51 Abs. 3 Satz 1 SGB V; vgl. Bsp. 2). Ein neuer Anspruch auf Krankengeld kann aufgrund der weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit nicht entstehen. Das gilt unabhängig von den die Arbeitsunfähigkeit verursachenden Krankheiten. Ein neuer Anspruch auf Krankengeld ist somit erst nach beendeter Arbeitsunfähigkeit denkbar, wenn die Voraussetzungen für den Krankengeldanspruch erneut eintreten (vgl. § 44 SGB V).<sup>26</sup>

### Bsp. 2: Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld

Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe durch die Krankenkasse

- Datum des Schreibens 15. März 2010
- Bekanntgabe beim Versicherten 18. März 2010

Ablauf der 10-Wochen-Frist 27. Mai 2010

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe 7. Juni 2010

Der Anspruch auf Krankengeld fällt mit Ablauf des 27. Mai 2010 weg. Für diesen Tag ist letztmalig Krankengeld zu zahlen. Der Anspruch lebt mit dem 7. Juni 2010 wieder auf. Für diesen Tag ist erstmalig Krankengeld zu zahlen.

## 8.2 Entscheidung über den Wegfall des Anspruchs

Die Krankenkasse hat das Ende des materiellrechtlichen Anspruchs auf Krankengeld durch einen Verwaltungsakt festzustellen. Dieser Verwaltungsakt ist gleichzeitig Aufhebungsbescheid im Sinne von § 48 SGB X. Die Krankenkasse stellt die Krankengeldzahlung mit dem letzten Tag der Zehnwochenfrist ein. Voraussetzung dafür ist die Kenntnis des Versicherten vom Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld mit dem Fristablauf (vgl. § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB X). Besitzt der Versicherte diese Kenntnis nicht, kann die Krankenkasse die Krankengeldzahlung nur mit Wirkung für die Zukunft einstellen und muss Krankengeld bis zu dem Tag zahlen, an dem der Aufhebungsbescheid wirksam wird (vgl. § 39 SGB X).

Der Bescheid der Krankenkasse ist an keine bestimmte Form gebunden; er wird aber aus Gründen der Rechtssicherheit stets schriftlich ergehen. Er muss inhaltlich hinreichend bestimmt sein (vgl. § 33 Abs. 1 SGB X) und neben der Verfügung eine Begründung enthalten, in der die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe der Entscheidung genannt werden (vgl. § 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X). Auf die Gesichtspunkte, die bei der

<sup>26</sup>

Von einem neuen Anspruch auf Krankengeld ist das Wiederaufleben des „alten“ Anspruchs auf Krankengeld aufgrund eines nachträglich gestellten Antrags zu unterscheiden.

Ausübung des Ermessens hinsichtlich der Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe vorgelegen haben, ist nicht mehr einzugehen.<sup>27</sup> Eine unterlassene oder unvollständige Begründung kann bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens nachgeholt werden (vgl. § 41 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 SGB X).

Der Versicherte ist vor dem Erlass des Aufhebungsbescheides anzuhören (vgl. § 24 SGB X). Das gilt selbst dann, wenn aufgrund der Aufforderung bereits eine Anhörung stattgefunden hat. Die unterlassene Anhörung kann bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens nachgeholt werden (vgl. § 41 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 SGB X). Eine Anhörung muss nicht tatsächlich stattfinden. Es reicht aus, wenn die Krankenkasse dem Versicherten Gelegenheit gibt, sich zu äußern. Dem Versicherten ist ggf. Akteneinsicht zu gestatten (vgl. § 25 SGB X).

### 8.3 Wiederaufleben des Anspruchs auf Krankengeld

Wird der Antrag vom Versicherten nach Fristablauf gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf (vgl. § 51 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Das Wiederaufleben ist unabhängig vom Bestand eines Versicherungsverhältnisses und erfordert lediglich eine weiterhin ununterbrochen bestehende Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch lebt selbst dann wieder auf, wenn kein Versicherungsverhältnis oder nur ein Versicherungsverhältnis ohne Anspruch auf Krankengeld (vgl. § 44 Abs. 1, 2 SGB V) besteht. Damit handelt es sich um eine Ausnahme von der Regel, dass der Anspruch auf Leistungen vom Bestand eines Versicherungsverhältnisses abhängig ist (vgl. § 19 Abs. 1 SGB V). Die Zeit zwischen dem Wegfall und dem Wiederaufleben des Anspruchs auf Krankengeld ist bei einer Ermittlung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes nicht zu berücksichtigen (vgl. § 48 Abs. 3 Satz 2 SGB V).

## 9 Versicherungsrechtliche Auswirkungen

Der Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld hat u. U. Auswirkungen auf das Versicherungsverhältnis. Das Wiederaufleben des Anspruchs auf Krankengeld hat dagegen keine Folgen für das Versicherungsverhältnis; insbesondere wird durch das Wiederaufleben keine Mitgliedschaft begründet.

### 9.1 Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld erhalten (vgl. § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Voraussetzung ist, dass der Anspruch

---

<sup>27</sup> Der Aufhebungsbescheid ist ein gebundener Verwaltungsakt, der von der Tatbestandswirkung der Aufforderung ausgeht und die sich daraus ergebenden Rechtsfolgen des § 51 Abs. 3 Satz 1 SGB V individualisiert.

auf Krankengeld während der Mitgliedschaft des Versicherungspflichtigen (vgl. § 186 SGB V) und nicht erst nach ihrem Ende (vgl. § 190 SGB V) eingetreten ist. Fällt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Ende der Zehnwochenfrist weg, endet zu diesem Zeitpunkt auch die Mitgliedschaft des Versicherungspflichtigen. Die Mitgliedschaft endet auch dann zu diesem Zeitpunkt, wenn das Arbeitsverhältnis noch besteht. § 7 Abs. 3 SGB IV ist nicht anwendbar, solange Arbeitsunfähigkeit besteht und damit die Fiktion einer Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt verdrängt.<sup>28</sup> Hinsichtlich des Versicherungsschutzes ist der Arbeitsunfähige auf eine freiwillige Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung angewiesen. Alternativ tritt Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V mit einer entsprechenden Mitgliedschaft ein (vgl. § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V). Die ursprüngliche Mitgliedschaft (Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld) lebt nicht wieder auf, wenn zu einem späteren Zeitpunkt der zunächst unterlassene Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nachgeholt wird und der Anspruch auf Krankengeld wieder auflebt.

## 9.2 Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter

Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter wird durch den Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld nicht berührt, da es an einer entsprechenden Regelung fehlt (vgl. § 191 SGB V). Die Versicherung ist ggf. auf eine Versicherung ohne Anspruch auf Krankengeld umzustellen (vgl. § 44 Abs. 2 SGB V).

---

<sup>28</sup>

BSG, Urteil vom 17.2.2004, B 1 KR 7/02 R und Urteil vom 17.4.2002, B 10 LW 24/01 R