

Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe durch die Krankenkasse

- § 51 SGB V -

Inhalt

1	Allgemeines	4
2	Voraussetzungen	5
2.1	Anspruch auf Krankengeld	5
2.2	Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit	6
2.3	Ärztliches Gutachten	6
2.4	Ermessen der Krankenkasse	7
2.5	Form	9
2.6	Frist	10
2.6.1	Fristverlauf	10
2.6.2	Fristversäumnis	11
2.6.3	Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch	12
3	Beratungspflicht der Krankenkasse	14
4	Verwaltungsverfahren der Krankenkasse	15
5	Rechtsschutz	16
5.1	Widerspruch	16
5.2	Form des Widerspruchs	16
5.3	Frist des Widerspruchs	17
5.4	Wiedereinsetzung in den vorigen Stand	18
5.5	Adressat des Widerspruchs	18
6	Verfahrensrechtliche Wirkung des Widerspruchs	20
6.1	Aufschiebende Wirkung	20
6.2	Anordnung der Vollziehung	21
6.3	Vorläufiger Rechtsschutz	22
7	Bindung des Versicherten und des Rentenversicherungsträgers	23
8	Stellung der Krankenkasse im Verwaltungsverfahren des Rentenversicherungsträgers	26
9	Folgen für den Anspruch auf Krankengeld	27
9.1	Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld	28
9.2	Entscheidung über den Wegfall des Anspruchs	29

9.3	Wiederaufleben des Anspruchs auf Krankengeld	29
10	Versicherungsrechtliche Auswirkungen	30
10.1	Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger	30
10.2	Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter	31
11	Aufforderung zum Rentenantrag	32

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, 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 (vgl. § 51 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 SGB V).

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).

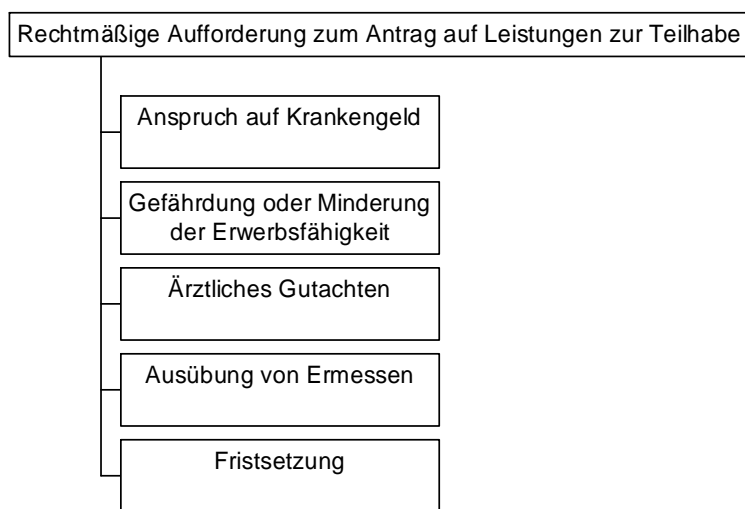
Die Antragstellung gehört nicht zu den Mitwirkungspflichten des Versicherten gegenüber der Krankenkasse (vgl. §§ 60 ff. SGB I); die Krankenkasse kann den Antrag nicht anstelle des Versicherten stellen¹. Die Krankenkasse ist allerdings verpflichtet, den Antrag entgegenzunehmen (vgl. § 16 Abs. 1 Satz 2 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.

¹ 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.

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).

Abb. 1: Voraussetzungen für eine rechtmäßige 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 möglich². 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.

² 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“.

Die Aufforderung kann bereits vor dem Beginn des Bezugs von Krankengeld ausgesprochen werden, wenn der Versicherte z. B. Entgeltfortzahlung durch seinen Arbeitgeber erhält³. Ob eine Aufforderung nach dem Ende des Anspruchs auf Krankengeld sinnvoll ist, muss im Einzelfall geprüft werden⁴

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 (teilweise erwerbsgemindert) oder drei Stunden (voll erwerbsgemindert) täglich erwerbstätig zu sein (vgl. § 43 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 2 SGB VI),
- wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann (vgl. § 43 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 SGB VI),
- voll erwerbsgemindert ist und nicht erfolgreich in den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden kann (vgl. § 43 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 SGB VI oder

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 Krankenkasse kann nur aufgrund eines ärztlichen Gutachtens beurteilen, ob die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist⁵. Das Gutachten sollte neben der Krankheitsgeschichte Aussagen zum Befund, zur Diagnose sowie zum Ergebnis der Begutachtung hinsichtlich der gesundheitsbedingten Leistungseinschränkungen und ihrer voraussichtlichen Dauer enthalten.

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

⁴ 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. 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.

⁵ Anforderungen an die Person des Gutachters und den Inhalt des Gutachtens vgl. BSG, Urteil vom 7.8.1991, 1/3 RK 26/90

Die Krankenkasse wird regelmäßig den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Begutachtung beauftragen (vgl. § 275 SGB V)⁶. Es kann aber auch jeder andere Arzt beauftragt werden. Das 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,

- 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.⁷

2.4 Ermessen der Krankenkasse

Die Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ist in das pflichtgemäße Ermessen der Krankenkasse gestellt⁸. Das Ermessen ist auf der Rechtsfolgenseite der Rechtsgrundlage angesiedelt und stellt sogenanntes Anwendungsermessen dar. Die

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

⁷ 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

⁸ 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 bewogen 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).

Krankenkasse kann aufgrund des eingeräumten Entschließungsermessens entscheiden, ob die Aufforderung ausgesprochen wird oder nicht.

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 (vgl. § 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 (vgl. §§ 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.

2.5 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).

2.6 Frist

2.6.1 Fristverlauf

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 14. März 2014
- Bekanntgabe beim Versicherten 17. März 2014

Ablauf der 10-Wochen-Frist 26. Mai 2014

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 Werktag⁹.

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 Bundesverfassungsgericht¹⁰ 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

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

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

einer Frist auf das Dienstende einer Krankenkasse stellt danach eine verfassungswidrige Erschwerung des Zugangs zum Gericht dar¹¹.

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.

2.6.2 Fristversäumnis

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 Gesetzgebers¹².

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 Versicherten¹³. Unverschuldet ist eine

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

¹² § 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

¹³ § 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 machen ist. Allerdings kann ein Sozialversicherungsträger auch ohne Antrag beraten, wenn er von relevanten Tatbeständen Kenntnis erlangt.

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 müssen¹⁴

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).

2.6.3 Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch

Neben der Wiedereinsetzung ist ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch denkbar, wenn ein Sozialleistungsträger gegen seine Auskunfts- und Beratungspflicht (vgl. §§ 14, 15 SGB I) verstoßen hat (vgl. Bsp. 2). 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 muss¹⁵. Dieses richterrechtlich aus den sozialen Rechten entwickelte verschuldensunabhängige sekundäre Recht knüpft u. a. an die Verletzung "behördlicher" Auskunfts-, Beratungs- und Betreuungspflichten im Sozialversicherungsverhältnis an¹⁶.

1. Es muss eine sich aus dem jeweiligen Sozialrechtsverhältnis ergebende Pflicht des Sozialleistungsträgers oder eines anderen Organs oder Leistungsträgers (sofern

¹⁴ 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-).

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

¹⁶ BSG, Urteil vom 24.7.2003, B 4 RA 13/03 R

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.

Bsp. 2: Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch

Eine Krankenkasse fordert zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe auf. Dabei wird es unterlassen, den Versicherten über die Folgen für das Krankengeld zu beraten, wenn der Antrag nicht fristgerecht gestellt wird.

Der Versicherte stellt den Antrag nicht, weshalb die Krankenkasse mit dem Ablauf der Frist von zehn Wochen am 5. Mai 2014 die Zahlung des Krankengelds einstellt.

Am 21. Mai 2014 wird festgestellt, dass fehlerhaft beraten wurde und ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch besteht. Mit diesem Zeitpunkt beginnt eine neue Frist von zehn Wochen, innerhalb der der Antrag gestellt werden kann.

3 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.
- Schließlich ist darüber zu beraten, dass der Antrag nur noch mit Zustimmung der Krankenkasse wirksam zurückgenommen, beschränkt oder der Rentenantragsfiktion (vgl. § 116 Abs. 2 SGB IV) widersprochen werden kann und aufgrund welcher berechtigten Interessen des Versicherten die Krankenkasse diese Zustimmung erteilen muss.

Mängel in der Wahrnehmung der Beratungspflicht begründen einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch des Versicherten.

Als Auskunftsstelle nach dem Sozialgesetzbuch hat die Krankenkasse über die rentenversicherungsrechtlichen Folgen des Antrags eine umfassende Auskunft zu geben (vgl. § 15 SGB I). Dazu gehören Auskünfte über die Leistungen zur Teilhabe einschließlich des Übergangsgelds sowie eine mögliche Umwandlung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe in einen Rentenantrag.

4 **Verwaltungsverfahren der Krankenkasse**

Die Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ist ein Verwaltungsakt (vgl. § 31 SGB X), der mit einem Widerspruch angefochten werden kann¹⁷. 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 belastenden Verwaltungsakt handelt, der in die Rechte des Versicherten eingreift (u. a. das eingeschränkte 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). Der Versicherte hat in diesem Zusammenhang einen Anspruch auf Akteneinsicht bei der Krankenkasse (vgl. § 25 SGB X).

Die Krankenkasse ist verpflichtet, im Zusammenhang mit der Aufforderung über die Rechtsfolgen eines unterlassenen oder verspätet gestellten Antrags ausführlich zu beraten. Hinsichtlich der rentenversicherungsrechtlichen Folgen ist die Krankenkasse zur Auskunft verpflichtet.

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

5 Rechtsschutz

5.1 Widerspruch

Gegen den Verwaltungsakt, mit dem der Versicherte aufgefordert wird, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen, kann dieser einen Widerspruch einlegen. Damit wird ein Vorverfahren eingeleitet, dessen Durchführung die Voraussetzung für ein Klageverfahren vor dem Sozialgericht ist.

Bei der Auslegung einer Willenserklärung als Widerspruch ist der wirkliche Wille des Betroffenen zu erforschen und nicht am buchstäblichen Sinn des Ausdrucks zu haften (vgl. § 133 BGB). Eine ausdrückliche Bezeichnung als Widerspruch ist nicht erforderlich¹⁸. Es ist vielmehr ausreichend, wenn hinreichend erkennbar zum Ausdruck kommt, dass der Verwaltungsakt beanstandet wird und er deshalb nochmals überprüft werden soll.

Der Widerspruch muss keine Begründung oder einen bestimmten Antrag enthalten. Er kann sich gegen einzelne selbstständige und teilbare Regelungen richten; er richtet sich im Zweifel gegen alle Verfügungssätze des Bescheides.

5.2 Form des Widerspruchs

Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse einzureichen, die den Verwaltungsakt erlassen hat (vgl. § 84 Abs. 1 SGG). Die Schriftform wird durch ein den Widerspruch darstellendes Schriftstück gewahrt; eine Unterschrift ist nicht erforderlich¹⁹. Es muss gewährleistet sein, dass aus dem Schriftstück der Inhalt der Erklärung und die Person, von der sie ausgeht, hinreichend zuverlässig entnommen werden können. Außerdem muss feststehen, dass es sich bei dem Schriftstück nicht nur um einen Entwurf handelt, sondern dass es mit Wissen und Willen des Berechtigten in den Verkehr gelangt ist. Der Widerspruch kann außerdem telegrafisch, fernschriftlich oder durch Telebrief, Telekopie oder Computerfax eingelegt werden²⁰. Ein Telefonanruf ist nicht ausreichend.

Der Widerspruch kann durch den Betroffenen oder seinen Bevollmächtigten auch mündlich erklärt werden. Dazu ist die Krankenkasse persönlich aufzusuchen; der Widerspruch ist dort in einer Niederschrift aufzunehmen²¹. Der aufnehmende Bedienstete hat die Niederschrift zu unterschreiben; eine Unterschrift des Betroffenen ist nicht erforderlich. Die Krankenkasse

¹⁸ BSG, Urteil vom 23.4.1975 -9 RV 82/74-, BSGE 39, 255-256, SozR 1500 § 154 Nr 3

¹⁹ Vgl. auch § 92 SGG, der für die Klage verlangt, dass diese unterzeichnet sein „soll“.

²⁰ BSG; Urteil vom 21.6.2001, B 13 RJ 5/01 R

²¹ Die Niederschrift des Widerspruchs kann auch von einer der in § 84 Abs. 2 SGG genannten Stellen form- und fristwährend aufgenommen werden. Allerdings besteht dort anders als beim zuständigen Sozialversicherungsträger nicht die Verpflichtung, die Niederschrift aufzunehmen.

darf die Aufnahme der Niederschrift während der Dienststunden nicht ablehnen. Der Widerspruch kann nicht fernmündlich zur Niederschrift erklärt werden²²

5.3 Frist des Widerspruchs

Der Widerspruch ist binnen eines Monats nach der Bekanntgabe des Verwaltungsakts einzureichen (vgl. § 84 Abs. 1 Satz 1 SGG). Die Widerspruchsfrist beträgt drei Monate, wenn der Verwaltungsakt im Ausland bekannt gegeben wurde (vgl. § 84 Abs. 1 Satz 2 SGG). Die Bekanntgabe des Verwaltungsakts richtet sich nach § 37 SGB X; der Verlauf der gesetzlichen Frist ist nach § 26 SGB X zu bestimmen (vgl. Bsp. 3). Da es sich um eine gesetzliche Frist handelt, sind die für behördliche Fristen geltenden Regelungen (vgl. § 26 Abs. 2 und Abs. 5 SGB X) sowie die Fristverlängerung durch die Krankenkasse (vgl. § 26 Abs. 7 SGB X) ausgeschlossen.

Bsp. 3: Lauf der Widerspruchsfrist

Eine Krankenkasse fordert zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe auf. Das entsprechende Schreiben wird am 9. Mai 2014 zur Post aufgegeben. Der Verwaltungsakt gilt am 12. Mai 2014 als bekannt gegeben. Die Widerspruchsfrist endet mit dem 12. Mai 2014.

Anmerkung: Die Frist verlängert sich auf den nächstfolgenden Werktag, wenn das eigentliche Ende der Frist auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fällt.

Für den Lauf der Rechtsbehelfsfrist ist es Voraussetzung, dass der Beteiligte eine schriftliche Rechtsbehelfsbelehrung erhalten hat (vgl. § 84 Abs. 2 Satz 3 SGG i. V. m. § 66 SGG). Ist die Belehrung unterblieben oder unvollständig oder unrichtig erteilt worden, kann der Rechtsbehelf innerhalb eines Jahres seit der Bekanntgabe des Verwaltungsakts zulässig eingelegt werden (vgl. § 66 Abs. 2 Satz 1 SGG)²³.

Um rechtsstaatlichen Anforderungen zu genügen muss eine Rechtsbehelfs- oder Rechtsmittelbelehrung nicht nur richtig und vollständig sein²⁴. Sie darf auch nicht durch weitere Informationen überfrachtet werden, durch Umfang, Kompliziertheit, Hervorhebung des Unwichtigen u. ä. Verwirrung stiften oder gar den Eindruck erwecken, die Rechtsverfolgung sei schwieriger, als dies in Wahrheit der Fall ist. Bei derartigen Unklarheiten kann eine Gesamtwertung ergeben, dass die Rechtsbehelfs- oder Rechtsmittelbelehrung als unrichtig anzusehen, möglicherweise für fristbezogene Irrtümer ursächlich und daher nicht geeignet, die Monatsfrist auszulösen.

²² Dem Schrifttum sind auch gegenteilige Auffassungen zu entnehmen, nach denen auch bei einem fernmündlich vorgetragenen Widerspruch die Personenidentität sowie die Ernsthaftigkeit des Vorbringens geprüft und in eine Niederschrift aufgenommen werden können.

²³ BSG, Urteil vom 10.9.1997, 5 RJ 18/97

²⁴ BSG, Urteil vom 31.8.2000 B 3 P 18/99 R

5.4 Wiedereinsetzung in den vorigen Stand

Wurde die Widerspruchsfrist versäumt, ist durch die Krankenkasse die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu prüfen (vgl. § 67 SGG)²⁵. Die Wiedereinsetzung ist auf Antrag zu gewähren, wenn der Widerspruchsführer ohne Verschulden verhindert war, die Widerspruchsfrist einzuhalten. Das Fristversäumnis gilt u. a. dann als nicht verschuldet, wenn die rechtzeitige Anfechtung des Verwaltungsakts versäumt worden ist, weil einem Verwaltungsakt die erforderliche Begründung fehlt²⁶ oder die erforderliche Anhörung eines Beteiligten vor Erlass des Verwaltungsakts unterblieben ist (vgl. § 41 Abs. 3 SGB X).

Der Antrag auf Wiedereinsetzung ist binnen eines Monats nach dem Wegfall des Hindernisses zu stellen. Innerhalb dieser Frist ist die versäumte Rechtshandlung nachzuholen; die Tatsachen zur Begründung des Antrags sollen glaubhaft gemacht werden. Ist dieses geschehen, kann die Wiedereinsetzung auch ohne Antrag gewährt werden. Die Krankenkasse hat somit aufgrund eines verspätet eingelegten Widerspruchs die Voraussetzungen für die Wiedereinsetzung zu prüfen, ohne dass es eines ausdrücklichen Antrags auf Wiedereinsetzung bedarf²⁷.

Nach einem Jahr seit dem Ende der versäumten Frist ist der Antrag unzulässig, außer wenn der Antrag vor Ablauf der Jahresfrist infolge höherer Gewalt unmöglich war.

Die Entscheidung über die Gewährung oder Versagung der Wiedereinsetzung ist ein Verwaltungsakt²⁸. Dabei kann die Entscheidung über die Wiedereinsetzung mit der Entscheidung über den Widerspruch verbunden werden.

5.5 Adressat des Widerspruchs

Der Widerspruch ist Frist während bei der Krankenkasse zu erheben, die den Verwaltungsakt erlassen hat, oder bei anderen Behörden einzureichen (vgl. § 84 Abs. 2 Satz 1 SGG). Der Widerspruch ist eingereicht, wenn er so in den Macht- oder Willensbereich der Krankenkasse gelangt ist, dass sie unter gewöhnlichen Verhältnissen von ihm Kenntnis erlangen konnte. Es ist unerheblich, ob der Widerspruch während der Dienstzeit der Krankenkasse eingegangen ist oder ob ein Behördenvertreter ihn zur Kenntnis genommen hat.

Der Widerspruch kann Frist während bei einer anderen inländischen Behörde oder bei einem Versicherungsträger oder bei einer deutschen Konsularbehörde eingereicht werden (vgl. §

²⁵ Die Wiedereinsetzung richtet sich wegen des in § 84 Abs. 2 Satz 3 SGG enthaltenen Verweises nach § 67 SGG und nicht nach § 27 SGB X. Sie entspricht allerdings in Grundzügen der Wiedereinsetzung nach § 27 SGB X.

²⁶ Zur Begründung gehören auch die Gesichtspunkte, von denen die Krankenkasse bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist.

²⁷ Der verspätet eingelegte Widerspruch ist gleichzeitig als Antrag auf Wiedereinsetzung zu behandeln.

²⁸ BSG, Urteil vom 28.1.2009, B 6 KA 11/08 R mit weiteren Nachweisen

84 Abs. 2 SGG). Wird der Widerspruch bei einer anderen als der zuständigen Behörde eingereicht, hat diese den Widerspruch unverzüglich an die Krankenkasse weiterzuleiten.

6 Verfahrensrechtliche Wirkung des Widerspruchs

Durch den Widerspruch wird die Krankenkasse zunächst verpflichtet, ein Rechtsbehelfsverfahren einzuleiten. Dieses Verfahren schließt sich als Verwaltungsverfahren besonderer Art an das Ausgangsverfahren an und verfolgt das Ziel, die Ausgangsentscheidung auf ihre Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit zu untersuchen und ggf. durch eine neue Entscheidung zu ersetzen. Da es sich beim Widerspruchsverfahren um ein Verwaltungsverfahren handelt sind die Vorschriften des SGB X entsprechend anzuwenden (vgl. § 62 SGB X).

6.1 Aufschiebende Wirkung

Der Widerspruch zur Einleitung des Vorverfahrens nach dem Sozialgesetzbuch hat grundsätzlich aufschiebende Wirkung (Suspensiveffekt; vgl. § 86a Abs. 1 Satz 1 SGG). Sie erstreckt sich auf alle Verwaltungsakte. Dazu gehören auch solche mit rechtsgestaltender und feststellender Wirkung sowie Verwaltungsakte mit Drittwirkung (vgl. § 86a Abs. 1 Satz 2 SGG). Die aufschiebende Wirkung tritt mit Einlegung des Widerspruchs rückwirkend auf den Zeitpunkt ein, zu dem der angegriffene Bescheid erlassen wurde. Das gilt auch für den unzulässigen oder unbegründeten Widerspruch, da die entsprechende Feststellung erst während des Vorverfahrens getroffen wird.

Die aufschiebende Wirkung entfällt, wenn der Widerspruchsbescheid und damit der bestätigte oder modifizierte Ausgangsbescheid seine Unanfechtbarkeit erlangt (vgl. Bsp. 4)²⁹. Bis dahin ist der Versicherte nicht in seinem Dispositionsrecht eingeschränkt und Krankengeld ist ggf. auch über das Ende der Frist von zehn Wochen hinaus zu zahlen.

Bsp. 4: Aufschiebende Wirkung

Ein Versicherter wird am 15. Juli 2013 wirksam aufgefordert, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen. Wegen eines form- und fristgerecht eingelegten Widerspruchs vom 12. August 2013 tritt aufschiebende Wirkung ein. Diese wird am 11. Dezember 2013 durch einen bestandskräftigen Widerspruchsbescheid beendet, mit dem der Widerspruch zurückgewiesen wird.

Die Frist von zehn Wochen beginnt am 15. Juli 2013 und würde am 23. September 2013 enden. Wegen der aufschiebenden Wirkung kann der Verwaltungsakt der Krankenkasse (Aufforderung) nicht vollzogen werden. Die aufschiebende Wirkung endet mit dem 11. Dezember 2013. Krankengeld ist bis zu diesem Zeitpunkt zu zahlen.

Da der Widerspruch zurückgewiesen wurde, fordert die Krankenkasse das zu Unrecht gezahlte Krankengeld für die Zeit vom 24. September bis zum 11. Dezember 2013 zurück (vgl. § 50 SGB X).

²⁹ BVerwGE 78, 192, 209; DVBl 1988, 289, 290

Aufschiebende Wirkung tritt dann nicht ein, wenn der Widerspruchsführer von dem Rechtsbehelf in ersichtlich missbräuchlicher Weise und nur deshalb Gebrauch gemacht hat, um in den Genuss der aufschiebenden Wirkung zu gelangen. Gleiches gilt, wenn der Widerspruch verspätet eingelegt wird und eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand offensichtlich nicht möglich ist.

Die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs beeinträchtigt nicht seine Wirksamkeit, sondern setzt die Vollziehbarkeit der Entscheidung aus³⁰. Damit

- sind alle weiteren Vollstreckungsmaßnahmen unzulässig,
- kann sich nicht auf die rechtsgestaltende Wirkung des Verwaltungsakts berufen werden,
- sind laufende Leistungen weiter zu erbringen,
- kann der Verfügung des Verwaltungsakts entgegen stehendes Verhalten nicht als Ordnungswidrigkeit festgestellt und mit einer Geldbuße geahndet werden.

6.2 Anordnung der Vollziehung

Die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs entfällt in Fällen, in denen die sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten ist (vgl. § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG)³¹. Entfällt die aufschiebende Wirkung, weil die sofortige Vollziehung des angegriffenen Verwaltungsakts im öffentlichen Interessen liegt, hat die Krankenkasse oder ihre Widerspruchsstelle die sofortige Vollziehung mit schriftlicher Begründung des besonderen Interesses an der sofortigen Vollziehung anzuordnen. Bei dieser Entscheidung sind die verschiedenen Interessen abzuwägen und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten³². Dazu bedarf es einer schlüssigen, konkreten und substantiierten Darlegung der wesentlichen Erwägungen, warum aus der Sicht der Krankenkasse gerade im vorliegenden Einzelfall ein besonderes öffentliches Interesse an der sofortigen Vollziehung gegeben ist und das Interesse des Beteiligten am Bestehen der

³⁰ Während des durch die aufschiebende Wirkung bedingten Schwebezustands dürfen keine Folgerungen aus dem angefochtenen Verwaltungsakt gezogen werden (BSG, Urteil vom 11.3.2009, B 6 KA 15/08 R). Von akademischem Interesse ist der Streit zwischen Wirksamkeitstheorie und Vollziehbarkeitstheorie. Nach der Wirksamkeitstheorie besteht die aufschiebende Wirkung in einer umfassenden Hemmung der Wirksamkeit des angefochtenen Verwaltungsakts; nach der Vollziehbarkeitstheorie bleibt die aufschiebende Wirkung ohne Einfluss auf die Wirksamkeit des Verwaltungsakts und hemmt lediglich dessen Vollziehung i. S. einer umfassenden Verwirklichungs- und Ausnutzungshemmung.

³¹ Der Widerspruch gegen eine Entscheidung der Sozialversicherungsträger, die eine laufende Leistung herabsetzt oder entzieht, hat aufschiebende Wirkung. Die aufschiebende Wirkung tritt allerdings nicht aufgrund einer Anfechtungsklage ein (vgl. § 86a Abs. 2 Nr. 3 SGG).

³² LSG NRW, Beschluss vom 28.1.2003, L 16 B 92/02 KR ER

aufschiebenden Wirkung ausnahmsweise zurückzutreten habe³³. Dabei können im Einzelfall auch fiskalische Gründe die Anordnung der sofortigen Vollziehung nicht nur materiell rechtfertigen, sondern auch zur Begründung des Ausschlusses der aufschiebenden Wirkung herangezogen werden.

6.3 Vorläufiger Rechtsschutz³⁴

Das Gericht der Hauptsache kann auf Antrag

- in den Fällen aufschiebender Wirkung die sofortige Vollziehung ganz oder teilweise anordnen,
- in den Fällen, in denen ein Widerspruch keine aufschiebende Wirkung hat, die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen oder
- in den Fällen, in denen die sofortige Vollziehung durch den Sozialversicherungsträger oder dessen Widerspruchsstelle ganz oder teilweise ausgesetzt wurde, diese ganz oder teilweise wiederherstellen

(vgl. § 86b Abs. 1 Satz 1 SGG). Das Gericht wird einen entsprechenden Antrag regelmäßig unverzüglich nach dessen Eingang prüfen und darüber entscheiden. Eine umfassende Prüfung der Erfolgsaussichten sind in diesem Rahmen nicht möglich. Es erscheint deshalb ausreichend, den Antrag summarisch zu prüfen und so eine Prognose über den Ausgang des Rechtsstreits zu treffen. Parallel dazu hat eine Interessenabwägung zwischen Vollziehungsinteresse und Verhinderungsinteresse stattzufinden. Ist der Verwaltungsakt bereits vollzogen, kann das Gericht die Aufhebung der Vollziehung anordnen (vgl. § 86b Abs. 1 Satz 2 SGG).

³³ BVerwG, Beschluss vom 31.1.2002, BVerwG 1 DB 2.02

³⁴ Art. 19 Abs. 4 GG gewährleistet einen effektiven und möglichst lückenlosen richterlichen Rechtsschutz gegen Akte der öffentlichen Gewalt (vgl. BVerfGE 96, 27 <39>; stRspr). Der in dieser Vorschrift verbürgte Anspruch auf eine umfassende und wirksame gerichtliche Kontrolle hat gerade in Eilverfahren erhebliche Bedeutung. Insofern kommt dem gerichtlichen Rechtsschutz namentlich hier die Aufgabe zu, irreparable Folgen soweit wie möglich auszuschließen und der Schaffung solcher vollendeter Tatsachen vorzubeugen, die auch dann nicht mehr rückgängig gemacht werden können, wenn sie sich im Nachhinein als rechtswidrig erweisen (vgl. BVerfGE 93, 1 <13>; stRspr). Zwar können es überwiegende öffentliche Belange rechtfertigen, den Rechtsschutzanspruch des Einzelnen zurückzustellen (vgl. BVerfGE 65, 1 <70 f.> m.w.N.). Sowohl bei Anfechtungs- als auch bei Vornahmesachen ist vorläufiger Rechtsschutz aber dann zu gewähren, wenn ohne ihn schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstünden, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (vgl. BVerfGE 79, 69 <74> m.w.N.). Aus diesem Grund hat das Gericht regelmäßig eine Abwägung zwischen dem Aufschubinteresse des Drittbetroffenen und dem privaten Interesse des Betroffenen am Vollzug einer für ihn günstigen hoheitlichen Maßnahme bis zur Klärung im Hauptsacheverfahren vorzunehmen (vgl. Jörg Schmidt, in: Eyermann, VwGO, 11. Aufl. 2000, § 80 a Rn. 16).

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 werden³⁵.

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 widersprechen³⁶. § 51 SGB V stellt damit eine gesetzliche Einschränkung der Dispositionsbefugnis des Versicherten über seine Sozialleistungsansprüche gegen den Rentenversicherungsträger dar³⁷.

Diese eingeschränkte Dispositionsbefugnis ist durch den Rentenversicherungsträger (auch im Erstattungsverfahren) zu berücksichtigen, wenn der Bescheid der Krankenkasse nicht offensichtlich fehlerhaft ist³⁸. 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.

³⁵ ständige Rechtsprechung des BSG (vgl. stellvertretend BSG, Urteil vom 7.12.2004, B 1 KR 6/03 R mit weiteren Nachweisen

³⁶ BSG, Urteil vom 7.12.2004, B 1 KR 6/03 R

³⁷ 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 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).

³⁸ BSG, Urteil vom 26.6.2008, B 13 R 37/07 R

Die Krankenkasse hat bei der Erteilung oder Verweigerung der Zustimmung die berechtigten Interessen des Versicherten im Rahmen einer Interessenabwägung angemessen zu berücksichtigen³⁹. Ein berechtigtes Interesse ergibt sich z. B., wenn

- durch einen Rentenanspruch aufgrund tarifvertraglicher (arbeitsrechtlicher) Regelungen der Arbeitsplatz gefährdet ist,
- ein Anspruch auf Betriebsrente durch einen frühzeitigen Rentenbeginn verloren ginge,
- durch einen späteren Rentenbeginn eine qualifizierte Wartezeit in der Rentenversicherung und damit ein höherer Rentenanspruch erreicht werden könnte,
- durch einen späteren Rentenbeginn die Voraussetzungen für die Krankenversicherung der Rentner erfüllt werden könnten.

Wenn das berechtigte Interesse des Versicherten an einem Hinausschieben des Rentenbeginns die Belange der Krankenkasse überwiegt, hat die Krankenkasse ihre Zustimmung zu erteilen⁴⁰.

Hängt die Wirksamkeit der Antragsrücknahme bzw. der Ausschluss der Rentenanspruchsfiktion 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 Entscheidung 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 beschränken⁴¹. Der Krankenkasse ist es auch nicht verwehrt, zur Einschränkung der Dispositionsfreiheit des Versicherten eine entsprechende Aufforderung

³⁹ BSG, Urteil vom 7.12.2004, B 1 KR 6/03 R

⁴⁰ BSG, Urteil vom 7.12.2004, B 1 KR 6/03 R

⁴¹ BSG, Urteil vom 26.6.2008, B 13 R 37/07 R

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 Stellung der Krankenkasse im Verwaltungsverfahren des Rentenversicherungsträgers

Der Krankenkasse ist in ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts durch die Aufforderung und Fristsetzung nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V das Recht eingeräumt, Einfluss auf den Beginn der antragsabhängigen Rente wegen Erwerbsminderung zu nehmen (vgl. § 99 Abs. 1 SGB VI) und einen Wegfall ihrer Leistungszuständigkeit für das Krankengeld schon vor Erreichen der Anspruchshöchstdauer (vgl. § 48 SGB V) zu bewirken. Diese Interessenlage wirkt sich auch auf die Stellung der Krankenkasse im Verwaltungsverfahren des Rentenversicherungsträgers aus. Dieser hat aufgrund der Antragsfiktion des § 116 Abs. 2 SGB VI von Amts wegen ein Rentenverfahren einzuleiten. Darin ist über den Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung zu entscheiden. Die Krankenkasse ist von der Einleitung des Verfahrens zu benachrichtigen und auf ihren Antrag hin als Beteiligte hinzuzuziehen (vgl. § 12 Abs. 2 Satz 2 SGB X).

Beteiligte eines Verwaltungsverfahrens sind auch die Hinzugezogenen. Notwendig Hinzugezogene müssen ohne Ermessensspielraum des Rentenversicherungsträgers zum Verwaltungsverfahren hinzugezogen werden, wenn die Krankenkasse einen entsprechenden Antrag stellt (vgl. § 12 Abs. 2 Satz 2 SGB X); der Rentenversicherungsträger hat die Krankenkasse von der Einleitung des Verwaltungsverfahrens zu benachrichtigen. Eine ordnungsgemäße Benachrichtigung ist dann erfolgt, wenn diese den Hinweis enthält, dass ein Antrag auf Beteiligung am Verfahren gestellt werden kann⁴². Nur dann ist die Krankenkasse in der Lage, ihre Rechte wahrzunehmen. Eine Hinzuziehung ohne entsprechenden Antrag ist nicht zulässig, da der Rentenversicherungsträger der Krankenkasse die Beteiligtenstellung nicht gegen ihren Willen aufdrängen darf. Damit ist auch die einfache Hinzuziehung ausgeschlossen.

Voraussetzung für die notwendige Hinzuziehung ist, dass der Ausgang des Verwaltungsverfahrens rechtsgestaltende Wirkung für die Krankenkasse hat. Rechtsgestaltende Wirkung kommt einem Verwaltungsakt zu, wenn er unmittelbar Rechte eines Dritten aufhebt, verändert, begründet oder feststellt und die Entscheidung gegenüber den am Rechtsverhältnis beteiligten nur einheitlich ergehen kann.

Das ist bei einer Entscheidung über eine Erwerbsminderungsrente der Fall, wenn darüber aufgrund einer Aufforderung der Krankenkasse und einer anschließenden Umwandlung in Verbindung mit der Antragsfiktion des § 116 Abs. 2 SGB VI zu entscheiden ist. Dabei fallen der Beginn der Rentenleistung und das Ende der Leistungspflicht der Krankenkasse untrennbar zusammen und können nur einheitlich beurteilt werden⁴³.

⁴² BSG, Urteil vom 12.6.2001 -B 4 RA 37/00 R-

⁴³ BSG, Urteil vom 7. Dezember 2004, B 1 KR 6/03 R

9 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 stellt⁴⁴.

Wenn der Antrag wirksam und fristgerecht gestellt wird, dann bleibt der Anspruch auf Krankengeld zunächst unberührt. Krankengeld ist innerhalb der gesetzlichen Grenzen für die Dauer der weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum zeitlichen Höchstanspruch (vgl. § 48 SGB V) zu zahlen.

Wird dem Antrag entsprochen und durch den Rehabilitationsträger ein Übergangsgeld gezahlt, ruht während dieser Zeit der Anspruch auf Krankengeld (vgl. § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Die Differenz zwischen Krankengeld und Übergangsgeld (Krankengeldspitzbetrag) wird durch die Krankenkasse nicht ausgezahlt (vgl. § 49 Abs. 3 SGB V).

Der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wird in einen Rentenantrag umgewandelt, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind und

- ein Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erwarten ist oder
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert haben

(vgl. § 116 Abs. 2 SGB VI). Der Anspruch auf Krankengeld bleibt unberührt, wenn der Rentenantrag abgelehnt wird. Der Versicherte ist nicht verpflichtet, dagegen einen Widerspruch einzulegen. Wird eine Rente zugebilligt, ergeben sich die Konsequenzen aus § 50 SGB V (Wegfall oder Kürzung des Krankengelds).

Ungeklärt sind Sachverhalte in der Praxis, in denen ein Antrag zwar fristgerecht gestellt wird, der Versicherte aber eine bewilligte Maßnahme zur Rehabilitation nicht antritt, diese abbricht oder sich bei einer Umwandlung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe in einen Rentenantrag weigert, einen formellen Rentenantrag zu stellen. Folgen aus fehlender Mitwirkung (vgl. § 66 SGB I) können in diesen Fällen durch die Krankenkasse nicht hergeleitet werden, weil Mitwirkungspflichten nur gegenüber dem zuständigen

⁴⁴ Rechtsfolgen des gestellten Antrags auf den Krankengeldanspruch ergeben sich nicht unmittelbar sondern durch Sozialleistungen (z. B. des Rentenversicherungsträgers), die aufgrund des Antrags zugebilligt werden (z. B. Übergangsgeld oder Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung).

Rehabilitationsträger (z. B. Träger der Rentenversicherung) bestehen. Eine Lösung ergibt sich, indem entsprechende Tatbestände wie nicht wirksam gestellte Anträge behandelt werden. Über das Ende der Frist von zehn Wochen hinaus gezahltes Krankengeld wird von der Krankenkasse zurückgefordert (vgl. § 50 SGB X).

9.1 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. 5). Das gilt auch, wenn ein fristgerecht und wirksam gestellter Antrag zurückgezogen wird. Über das Ende der Frist hinaus gezahltes Krankengeld ist von der Krankenkasse zurückzufordern (vgl. § 50 SGB X).

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)⁴⁵.

Der Anspruch auf Krankengeld fällt auch weg, wenn der Versicherte den Antrag zurücknimmt, ohne dass die Krankenkasse zugestimmt hat). Dazu kann es nur im Ausnahmefall kommen, wenn der Rentenversicherungsträger über das eingeschränkte Dispositionsrecht des Versicherten nicht unterrichtet ist. Über das Ende der Frist hinaus gezahltes Krankengeld ist von der Krankenkasse zurückzufordern (vgl. § 50 SGB X).

Bsp. 5: Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld

Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe durch die Krankenkasse

- Datum des Schreibens 14. März 2014
- Bekanntgabe beim Versicherten 18. März 2014

Ablauf der 10-Wochen-Frist	27. Mai 2014
Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	6. Juni 2014

Der Anspruch auf Krankengeld fällt mit Ablauf des 27. Mai 2014 weg. Für diesen Tag ist letztmalig Krankengeld zu zahlen. Der Anspruch lebt mit dem 6. Juni 2014 wieder auf. Für diesen Tag ist erstmalig Krankengeld zu zahlen.

⁴⁵ Von einem neuen Anspruch auf Krankengeld ist das Wiederaufleben des „alten“ Anspruchs auf Krankengeld aufgrund eines nachträglich gestellten Antrags zu unterscheiden.

9.2 Entscheidung über den Wegfall des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld fällt mit dem Ablauf der Zehnwochenfrist weg, ohne dass es einer weiteren Entscheidung bedarf. Dafür ist es Voraussetzung, dass die Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe wirksam und bestandskräftig erlassen wurde. Die aufschiebende Wirkung eines Rechtsbehelfs darf nicht gegeben sein.

9.3 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; vgl. Bsp. 5). 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).

10 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 Versicherung begründet.

10.1 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 auf Krankengeld während der Mitgliedschaft des Versicherungspflichtigen (vgl. § 186 SGB V) oder in unmittelbarem Anschluss daran und nicht erst nach ihrem Ende (vgl. § 190 SGB V) entstanden ist.

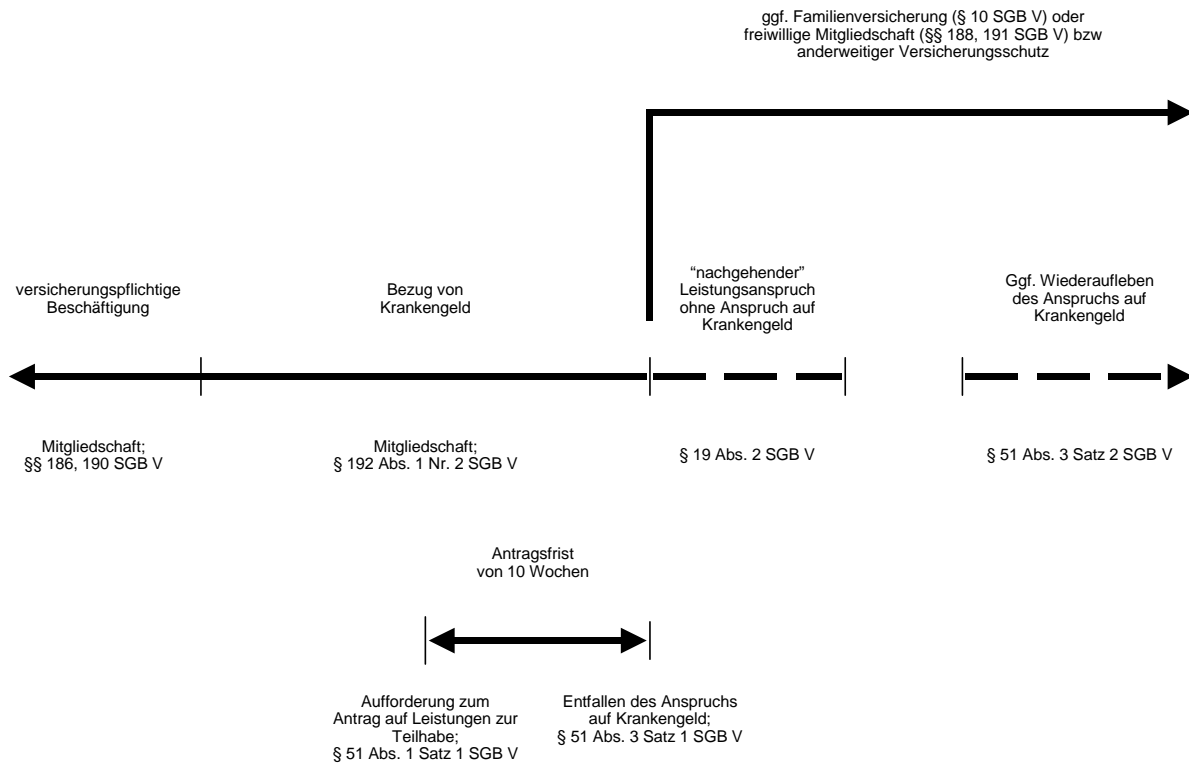
Fällt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Ende der Zehnwochenfrist weg, endet zu diesem Zeitpunkt auch die Mitgliedschaft des Versicherungspflichtigen (vgl. Abb. 2). Die Mitgliedschaft endet auch dann zu diesem Zeitpunkt, wenn das Arbeitsverhältnis noch besteht. § 7 Abs. 3 SGB IV ist nicht anwendbar, solange Arbeitsunfähigkeit besteht und damit die Fiktion einer Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt verdrängt⁴⁶.

Hinsichtlich des Versicherungsschutzes ist der Arbeitsunfähige auf die obligatorische Anschlussversicherung (vgl. § 188 Abs. 4 SGB V), auf eine freiwillige Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung angewiesen.

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.

⁴⁶ BSG, Urteil vom 17.2.2004, B 1 KR 7/02 R, Urteil vom 17.4.2002, B 10 LW 24/01 R

Abb. 2: Versicherungsrechtliche Folgen des unterlassenen oder verspäteten Antrags



10.2 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).

11 Aufforderung zum Rentenantrag

Neben der Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe hat die Krankenkasse auch die Möglichkeit, zum Rentenantrag aufzufordern (vgl. § 51 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 SGB V). Die Aufforderung ist allerdings auf Versicherte beschränkt, die

- ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben⁴⁷ oder
- die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder des Altersgeldes aus der Altershilfe für Landwirte erfüllen.

Es gelten die gleichen Bedingungen wie bei der Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe. Wird der Antrag nicht oder nicht fristgerecht gestellt, fällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist weg.

⁴⁷ Es ist in das Ermessen der Krankenkasse gestellt, zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe oder zum Antrag auf Rente aufzufordern.

Abbildungen

Abb. 1: Voraussetzungen für eine rechtmäßige Aufforderung 5

Abb. 2: Versicherungsrechtliche Folgen des unterlassenen oder verspäteten Antrags 31

Beispiele

Bsp. 1: Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe 10

Bsp. 2: Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch 13

Bsp. 3: Lauf der Widerspruchsfrist 17

Bsp. 4: Aufschiebende Wirkung 20

Bsp. 5: Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld 28