

L 4 KR 101/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 18 KR 146/99
Datum
22.02.2001
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 101/01
Datum
17.10.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 22. Februar 2001 und des Bescheides vom 9. Juni 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Oktober 1998 verurteilt, dem Kläger Krankengeld vom 26. Mai bis 29. Juni 1998 zu bezahlen.

II. Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist der Anspruch auf Krankengeld vom 26.05. bis 29.06.1998.

Der 1943 geborene Kläger war vor seiner 1991 beginnenden Arbeitslosigkeit zuletzt als Schlosser tätig. Er war von der Beklagten vom 16.02. bis 09.09.1998 wegen Anspruchs auf Krankengeld versichert. Die praktische Ärztin Dr. K. erstellte am 05.01.1998 eine Erstbescheinigung, mit der sie Arbeitsunfähigkeit vom 05.01.1998 bis voraussichtlich einschließlich 19.01.1998 wegen Hernie inguinalis (Leistenbruch) attestierte, und am 19.01.1998 eine Folgebescheinigung über Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich bis einschließlich 02.02.1998 wegen Hernie inguinalis und Lumbago. Mit den Folgebescheinigungen vom 02.02. 1998, 17.02.1998 und 16.03.1998 attestierte sie durchgehende Arbeitsunfähigkeit wegen der letztgenannten Erkrankungen bis 20.03.1998. Die Beklagte gewährte Krankengeld ab 16.02.1998.

Auf Anfrage der Beklagten gab die Ärztin Dr. K. am 20.02.1998 mit zwei Formblättern Auskunft über den Gesundheitszustand des Klägers. Sie bescheinigte Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres, gab im ersten Schreiben als Diagnose "fachärztliche Befunde, klinische Untersuchung" an und es handle sich um eine chronische Erkrankung. Das Restleistungsvermögen wurde mit "leichte Arbeiten, unterhalbschichtig und im Wechsel stehend und sitzend" eingestuft; es sei nicht absehbar, ab wann der Versicherte wieder leichte bzw. mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verrichten könne. Im zweiten Schreiben wurden als Diagnosen angegeben: LWS-Lumbago, Hernie inguinalis, psychosomatischer Formenkreis mit endogener Depression und chronische Gastritis. Die Frage der vorgesehenen Therapie beantwortete die Ärztin mit den Stichworten "physikalisch-medikamentös-operativ". Es bestehe eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, es sei eine Rehabilitation erforderlich. Sie empfahl eine "MDK-Einladung".

Die Beklagte erteilte am 11.03.1998 nach Anhörung des Klägers einen Bescheid, mit dem sie die Erwerbsfähigkeit als erheblich gefährdet oder gemindert bezeichnete. Der Kläger solle innerhalb einer Frist von zehn Wochen ab Erhalt dieses Schreibens den beigefügten Antrag der Landesversicherungsanstalt Oberbayern über die Beklagte einreichen. Sie sei nach den gesetzlichen Bestimmungen gehalten, die Krankengeldzahlung solange einzustellen, bis der Antrag gestellt werde. Die Ärztin Dr. K. bat die Beklagte zunächst telefonisch, den Rehabilitationsantrag zurückzustellen, erklärte sich aber am 13.05.1998 bereit, den Antrag mit dem Kläger auszufüllen. Die Beklagte erinnerte den Kläger am 25.05.1998 telefonisch noch einmal an die Antragstellung. Er gab an, er habe am 28.05.1998 einen Termin bei der Ärztin Dr. K. ...

Er beantragte mit Schreiben vom 28.05.1998 bei der Beklagten unter Beifügung eines Auszahlscheines Krankengeld. Er habe aus terminlichen Gründen den Rehabilitationsantrag nicht stellen können; er werde dies nachholen, sobald die Arztpraxis am 18.06.1998 eröffnet sei.

Mit Bescheid vom 09.06.1998 stellte die Beklagte fest, der Kläger habe bis jetzt keinen Antrag auf Rehabilitation gestellt, somit werde die Krankengeldzahlung mit dem 25.05.1998 eingestellt.

Mit Schreiben vom 23.06.1998 zeigte er bei der Beklagten die freiwillige Mitgliedschaft an und beantragte erneut Krankengeld. Er reichte am 30.06.1998 bei ihr den Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Versicherte der Landesversicherungsanstalt Oberbayern ein. Die Beklagte gewährte ihm wieder Krankengeld ab 30.06. 1998. Mit Widerspruch vom 15.07.1998 machte er geltend, die Fristversäumnis bei der Antragstellung sei auf eine krankheitsbedingte Leistungsunfähigkeit und kurze Konzentrationsschwäche zurückzuführen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 19.10.1998 den Widerspruch zurück. Der Kläger habe den Antrag auf Rehabilitationsleistungen bis 25.05.1998, dem Ablauf der gesetzten Zehn- Wochen-Frist, nicht gestellt, so dass die Krankengeldzahlung mit diesem Tag einzustellen gewesen sei.

Der Kläger hat hiergegen beim Sozialgericht München (SG) am 09.03.1999 Klage erhoben. Das SG hat mit Urteil vom 22.02.2001 die Klage unter Bezugnahme auf den Widerspruchsbescheid abgewiesen.

Der Kläger hat mit der Berufung vom 29.06.2001 geltend gemacht, das SG habe einem vergleichbaren Antrag in einem anderen Rechtsstreit stattgegeben. Seit Juni 1999 sei er schwerbehindert.

Er beantragt sinngemäß, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 22.02.2001 sowie des Bescheides vom 09.06.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.10.1998 zu verurteilen, ihm für die Zeit vom 26.05. bis 29.06.1998 Krankengeld zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

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

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 1.000,00 DM ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#) a.F.). Das streitige Krankengeld beträgt nach Angaben der Beklagten 560,66 Euro.

Die Berufung ist begründet.

Der Kläger hat im streitigen Zeitraum vom 26.05. bis 29.06.1998 einen Anspruch auf Krankengeld. Gemäß [§ 44 Abs. 1 Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. Arbeitsunfähigkeit liegt nach der allgemeinen Begriffsbestimmung der Rechtsprechung vor, wenn der Versicherte seine zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit oder eine ähnlich geartete Tätigkeit nicht mehr oder nur auf die Gefahr hin verrichten kann, seinen Zustand zu verschlimmern (Kassler Kommentar-Höfler, [§ 44, Rdnr.10](#) mit weiteren Hinweisen auf die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG)).

Aufgrund der beiden Schreiben der praktischen Ärztin Dr. K. vom 20.02.1998 an die Beklagte ist davon auszugehen, dass der Kläger auch im streitigen Zeitraum wegen LWS-Lumbago, Hernie, chronischer Gastritis und endogener Depression arbeitsunfähig gewesen ist. Dies wird auch von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen. Denn sie hat den Kläger mit Bescheiden vom 11.03.1998 und 09.06.1998 darauf hingewiesen, dass die Krankengeldzahlung solange eingestellt werde, bis der Antrag auf Leistungen der Rehabilitation gestellt werde.

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

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

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

Dies ist hier nicht der Fall. Die Schreiben von Dr. K. enthalten als medizinisch verwertbare Tatsachen lediglich die zum Teil schon bekannten Diagnosen und den Hinweis auf einen chronischen Verlauf der Erkrankung. Medizinische Befunde und konkrete Angaben über die Funktionseinschränkungen werden nicht mitgeteilt. Sie hat offensichtlich auch von anderen Ärzten erhobene Befunde nicht beigefügt, sondern stattdessen eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung empfohlen. Dem ist jedoch die Beklagte nicht nachgekommen, so dass außer den angegebenen Diagnosen und des pauschalen Hinweises auf eine physikalische, medikamentöse und operative Therapie konkret verwertbare medizinische Sachverhalte nicht mitgeteilt worden sind. Hierbei ist es unerheblich, ob das Fehlen von Befunden unter Angabe der durch die Gesundheitsstörungen bedingten Leistungseinschränkungen auf die unzureichende Befunderhebung oder Mitteilung durch die Ärztin oder auf den als Formular konzipierten Fragebogen der Beklagten zurückzuführen ist.

Da es im vorliegenden Fall an einem Gutachten im Sinne des [§ 51 Abs.1 SGB V](#) fehlt, lässt sich die Richtigkeit der ärztlichen Äußerung nicht überprüfen. Damit hat die Beklagte dem Kläger ermessensfehlerhaft eine Frist zur Stellung eines Antrages auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gesetzt mit der Folge, dass der Anspruch auf das Krankengeld nicht entfallen ist ([§ 51 Abs.3 SGB V](#)).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nr.1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-02-04