

Bundessozialgericht

- 3 RK 35/75 -

I m N a m e n d e s V o l k e s

Verkündet

am 5. Oktober 1977

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

.....

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:.....

g e g e n

.....

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Prozeßbevollmächtigte:.....

Das Bundessozialgericht - 3. Senat - hat auf die
mündliche Verhandlung vom 5. Oktober 1977
für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landes-
sozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 20. März 1975 wird
zurückgewiesen.

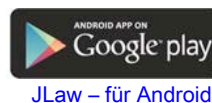
Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

- 2 -

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 2 -

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten um die Gewährung von Krankengeld.

Der Kläger war seit 5. März 1971 versicherungspflichtig beschäftigt und Mitglied der beklagten Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK). Vom 9. Oktober 1971 bis zum 17. April 1972 war er wegen einer Augenerkrankung arbeitsunfähig und bezog Krankengeld. Danach kehrte der Kläger in sein Heimatland Spanien zurück, eine versicherungspflichtige Beschäftigung übt er nicht mehr aus. Die Beklagte wies in einem Schreiben an den spanischen Versicherungsträger darauf hin, daß Ansprüche des Klägers auf nachgehende Sachleistungen nur bis zum 16. Oktober 1972 bestünden.

Am 19. Februar 1973 wurde der Kläger erneut arbeitsunfähig krank. Er beantragte, ihm Krankengeld zu gewähren, weil die Arbeitsunfähigkeit auf derselben Krankheit beruhe, die bei ihm schon während seines Pflichtversicherungsverhältnisses bestanden habe. Die Beklagte lehnte die Zahlung von Krankengeld ab, weil die neue Arbeitsunfähigkeit nach Beendigung seiner Mitgliedschaft und auch erst nach Ablauf einer 26-Wochen-Frist, die nachgehende Ansprüche auf Krankenpflege begrenze, eingetreten sei. Der Widerspruch des Klägers gegen diesen Bescheid blieb erfolglos.

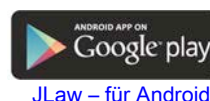
Mit der Klage vor dem Sozialgericht (SG) Koblenz hat der Kläger gefordert, ihm ab 19. Februar 1973 Krankenhilfe zu gewähren. Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 20. März 1974): Das Ende der laufenden Krankenpflege 26 Wochen nach dem Ausscheiden eines Mitglieds führe auch zur Beendigung der Leistung von Krankengeld.

Der Kläger hat gegen das Urteil Berufung eingelegt und nunmehr gefordert, ihm ab 19. Februar 1973 Krankengeld zu gewähren. Das Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz hat

- 3 -



JLaw - Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



- 3 -

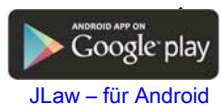
die Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 20. März 1975). Es hat die Auffassung vertreten, daß die Vorschrift über die Dauer des Krankengeldbezugs (§ 183 Abs 2 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung -RVO-) im Zusammenhang mit der entsprechenden Regelung über die Krankenpflege (§ 183 Abs 1 Satz 2 RVO) stehe. Sei eine Krankheit während der Mitgliedschaft eingetreten, so könne zur Zahlung von Krankengeld nur die Arbeitsunfähigkeit führen, die längstens innerhalb einer Frist von 26 Wochen nach dem Ausscheiden aus der Versicherung eintrete.

Gegen dieses Urteil richtet sich die zugelassene Revision des Klägers. Er stützt sein Begehren auf Zahlung von Krankengeld darauf, daß seine erneute Arbeitsunfähigkeit auf derselben Krankheit beruhe, wegen der er bereits zuvor mit Anspruch auf Krankengeld arbeitsunfähig gewesen sei. Durch die frühere Krankengeldzahlung sei der Leistungszeitraum von 78 Wochen innerhalb einer Frist von drei Jahren noch nicht ausgeschöpft worden, die Zahlung für die restliche Bezugszeit stehe ihm noch zu. Es komme entscheidend darauf an, daß der Versicherungsfall während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses eingetreten sei. Die Einschränkung der Krankenpflege auf einen Zeitraum von 26 Wochen nach dem Ausscheiden aus der Krankenversicherung berühre den Krankengeldanspruch nicht, denn Krankengeld könne auch ohne Krankenpflege gewährt werden.

Der Kläger beantragt,
unter Aufhebung des Urteils des LSG Rheinland-Pfalz vom 20. März 1975 und des SG Koblenz vom 20. März 1974 sowie des Bescheids der Beklagten vom 6. Juni 1973 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. Juli 1973 die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger Krankengeld ab dem 19. Februar 1973 zu gewähren.



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 4 -

Die Beklagte beantragt,

1. die Revision gegen das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 20. März 1975 als unbegründet zurückzuweisen,
2. festzustellen, daß außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten sind.

Sie hält die Vorentscheidung für zutreffend. Der Anspruch auf Krankengeld hänge nicht nur vom Eintritt des Versicherungsfalls der Krankheit, sondern ebenso vom Zeitpunkt des Beginns der Arbeitsunfähigkeit ab. Trete die Krankheit während des Versicherungsverhältnisses ein, so entstehe ein Anspruch auf Krankengeld auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit erst nach dem Ende der Mitgliedschaft beginne. Für diesen Fall reiche es aus, wenn der Versicherte noch einen auf 26 Wochen begrenzten Anspruch auf Krankenpflege besitze. Beginne die Arbeitsunfähigkeit erst nach dieser Frist, so sei auch kein Krankengeld mehr zu zahlen. Aus dem Zusammenhang von Renten- und Krankenversicherung, wie er seinen Ausdruck insbesondere in § 183 RVO gefunden habe, ergebe sich, daß Krankengeld nicht zeitlich unbegrenzt gezahlt werden solle, sondern daß bei langfristigem Ausfall der Arbeitskraft das Renteneinkommen die wirtschaftliche Absicherung zu übernehmen habe. In diesem Zusammenhang müsse beachtet werden, daß das Krankengeld keine langfristigen Beitragszeiten erfordere, sondern selbst bei kurzer Mitgliedschaft in der Versicherung zu zahlen sei, auch übersteige es seiner Höhe nach im allgemeinen die Rente bei weitem. Es widerstrebe der Konzeption des Gesetzes, wenn die Arbeitsunfähigkeit ohne Rücksicht auf eine bestehende Mitgliedschaft in der Krankenkasse zu einem Dauerbezugsrecht von Krankengeld führen könne. Gerade dieser Zustand ergebe sich jedoch bei der vom Kläger vertretenen Auffassung, weil er den Anspruch lediglich aus dem Zeitpunkt des Versicherungsfalls heraus begründen wolle.

- 5 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 5 -

II

Die Revision des Klägers ist nicht begründet. Ihm steht kein Anspruch auf Krankengeld für die Zeit ab 19. Februar 1973 zu.

Der Kläger ist spanischer Staatsangehöriger und hat seinen ständigen gewöhnlichen Aufenthalt in Spanien. Er unterliegt daher mit seinen Ansprüchen an die Beklagte den Vorschriften des Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem spanischen Staat über soziale Sicherheit vom 29. Oktober 1959 (BGBl 1961 II 599). Die späteren Abkommensänderungen, die zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Spanien vereinbart worden sind, haben keine Bedeutung für den streitigen Anspruch. Nach Art 2 Abs 1 Nr 1 a i.V.m. Abs 2 des Abkommens findet es Anwendung in der Bundesrepublik Deutschland auf die Rechtsvorschriften über die Krankenversicherung, es gilt für Staatsangehörige der Vertragsstaaten (Art 3 Nr 1), die in ihren Rechten und Pflichten einander gleichgestellt sind (Art 4), und bewirkt, daß der Aufenthalt einer Person im Hoheitsgebiet des anderen Vertragsstaates einem Inlandsaufenthalt gleichzuachten ist, sofern es für die Leistungsgewährung darauf ankommt (Art 5 Abs 1). Da nach Art 16 Abs 3 Satz 1 Geldleistungen von dem zuständigen Träger nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften gewährt werden und das Abkommen Sonderregelungen für die Zahlung von Krankengeld – mit Ausnahme des im vorliegenden Rechtsstreit nicht eingreifenden § 214 RVO (Art 12 Abs 2 des Abkommens) – nicht enthält, richten sich die Ansprüche des Klägers nach den Vorschriften der RVO wie bei Inlandsaufenthalt.

Nach § 182 Abs 1 Nr 2 RVO wird Krankengeld – als Teil der Krankenhilfe – gewährt, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht. Diese Vorschrift,



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 6 -

die die Grundvoraussetzungen der Leistung "Krankengeld" festlegt, wird ergänzt durch § 183 Abs 2 Satz 1 RVO. Danach wird Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung gewährt, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für höchstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Nur dieser zuletzt geregelte Fall hat für den vorliegenden Rechtsstreit Bedeutung, denn bei dem Kläger hat nach den mit der Revision nicht angegriffenen Feststellungen des LSG eine Augenerkrankung bestanden, auf Grund derer er vom 9. Oktober 1971 bis zum 17. April 1972 arbeitsunfähig gewesen ist und die am 19. Februar 1973 erneut zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat; andere Krankheiten haben nicht vorgelegen.

Die Regelung des § 183 Abs 2 Satz 1 RVO legt einerseits eine den Zustand des Anspruchsberechtigten betreffende Voraussetzung fest: Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit und bestimmt andererseits die auf Grund dieser Voraussetzung eintretende leistungsrechtliche Folge: Gewährung von Krankengeld. Die Vorschrift enthält jedoch keine ausdrückliche Bestimmung über die allgemeinen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Leistung, d.h. über die Frage, wem überhaupt ein solcher Anspruch zusteht. Das war auch nicht erforderlich, weil der Gesetzgeber diese Voraussetzung bereits in der Grundnorm des § 182 Abs 1 Nr. 2 Satz 1 RVO beschrieben hat: Das Krankengeld steht "Versicherten" zu. Zwar sieht Satz 2 der Vorschrift für eine bestimmte Versichertengruppe (die in § 165 Abs 1 Nr 3 RVO Bezeichneten) eine Ausnahmeregelung vor, die jedoch für den vorliegenden Rechtsstreit keine Bedeutung hat, weil der Kläger nicht der Krankenversicherung der Rentner angehört.

Damit ergibt sich, daß das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses, d.h. die mitgliedschaftliche Zugehörigkeit des Versicherten zu einer Krankenkasse, Voraussetzung des Krankengeldanspruchs ist. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Regelung über die Gewährung von Krankenpflege: Wenn § 183 Abs 1 Satz 2 RVO nach dem Ausscheiden des Mitglieds



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 7 -

aus der Versicherung die Krankenpflege enden läßt, so folgt daraus, daß der Anspruch auf Krankenpflege - ungeachtet eines nachgehenden Anspruchs - grundsätzlich von der bestehenden Mitgliedschaft abhängt. Auch die Regelungen des § 183 Abs 3, 5, 6 und 7 RVO in der zur Zeit des Rechtsstreits geltenden Fassung - in Kraft seit dem 1. Januar 1971 gemäß Art 1 Nr 7 i.V.m. Art 4 § 5 des Gesetzes zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz -2. KVÄG-) vom 21. Dezember 1970 (BGBl I 1970), RVO aF - sowie die des inzwischen neu geschaffenen § 183 Abs 8 RVO zeigen schon durch die Verwendung des Wortes "Versicherter", daß sie sich auf Krankengeld beziehen, welches auf Grund mitglied-schaftlicher Zugehörigkeit zur Krankenversicherung gewährt wird. Diese aus §§ 182, 183 RVO abzuleitende rechtliche Schlußfolgerung steht im Einklang mit der Grundsatzregelung des § 206 RVO, wonach der Anspruch auf Regelleistungen für die Versicherungspflichtigen - nur über diesen Fall ist im vorliegenden Rechtsstreit zu entscheiden - mit ihrer Mitgliedschaft entsteht. Da auch das Krankengeld zu den Regelleistungen der Krankenversicherung zählt (§ 179 Abs 1 Nr 2 i.V.m. Abs 2 und § 182 Abs 1 Nr 2 RVO), ist mithin Rechtsgrund für diese Leistung die durch das Versicherungsverhältnis vermittelte Mitgliedschaft des Versicherten zu seiner Krankenkasse (§§ 206, 306 RVO). Diese rechtliche Gestaltung findet ihre Ergänzung in § 311 Satz 1 RVO aF, die der jetzigen Vorschrift des § 311 Satz 1 Nr 2 RVO inhaltlich vergleichbar ist. Danach bleibt die Mitgliedschaft Arbeitsunfähiger erhalten, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat. Auch daraus ist abzuleiten, daß der Anspruch auf die Leistung "Krankengeld" seinerseits das Vorhandensein der Mitgliedschaft voraussetzt. Schließlich läßt sich diese Folgerung auch aus § 183 Abs 2 RVO selbst ableiten. Wenn nämlich das Krankengeld - an sich - zeitlich unbegrenzt gewährt wird (Satz 1, 1. Halbsatz), aber bei Vorliegen derselben



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Krankheit zeitlich begrenzt ist (Satz 1, 2. Halbsatz), so kann es zu einer 78 Wochen überschreitenden Gewährung innerhalb von drei Jahren nur dann kommen, wenn der Versicherte nach der ersten Arbeitsunfähigkeit noch mindestens ein zweites Mal arbeitsunfähig wird. Dieser Zustand muß aber nicht nur auf eine andere Krankheit zurückgehen, weil sonst schon die zeitliche Begrenzung gemäß Satz 1, 2. Halbsatz eingreift, diese andere Krankheit darf außerdem auch nicht während der ersten Arbeitsunfähigkeit eintreten, weil sonst nach Satz 2 der Regelung ebenfalls die Leistungsdauer begrenzt bliebe. Eine solche Arbeitsunfähigkeit kann aber einen Krankengeldanspruch nur dann auslösen, wenn der Versicherte - abgesehen vom Sonderfall nachgehender Ansprüche - zum Zeitpunkt des Eintritts jener Arbeitsunfähigkeit Mitglied einer Krankenkasse ist. Mithin läßt § 183 Abs 2 RVO erkennen, daß es zu einer zeitlich unbegrenzten Gewährung von Krankengeld im genannten Sinne nur kommen kann, wenn die Mitgliedschaft des Versicherten fort dauert.

Diese rechtssystematische Erwägung macht deutlich, daß die Anspruchsgrundlage des Krankengelds in der durch das Versicherungsverhältnis vermittelten Mitgliedschaft liegt. Dieses Erfordernis läßt sich auch - umgekehrt - dahin beschreiben, daß ein Anspruch auf Krankengeld nicht entstehen kann, wenn keine Mitgliedschaft vorhanden ist, weil es dann an einer den Anspruch tragenden Rechtsgrundlage fehlt; dabei ist es unerheblich, ob die Mitgliedschaft deshalb fehlt, weil sie noch nicht entstanden war oder deshalb, weil sie bereits wieder beendet ist.

Eine Ausnahme von diesem Grundsatz gilt für die Fälle, für die das Gesetz durch besondere Bestimmungen eine spezielle Anspruchsgrundlage bereithält, die nachgehenden Ansprüche. Dazu gehört einmal die Regelung des § 214 RVO, die auch nach dem Ausscheiden eines Versicherten aus der Mitgliedschaft Ansprüche auf Regelleistungen unter bestimmten Bedingungen zur Entstehung kommen läßt. Weiter erlangt in diesem Zusammenhang die Vorschrift des § 183 Abs 1 Satz 2 RVO Bedeutung. Sie billigt dem Mitglied, das



- 9 -

während des Bezugs von Krankenpflege aus der Versicherung ausscheidet, die Fortdauer der Krankenpflege noch für 26 Wochen zu. Im Gegensatz zu § 214 RVO können zwar in diesem nachgehenden Zeitraum keine neuen Ansprüche auf Grund eines neuen Versicherungsfalls zur Entstehung kommen, die Vorschrift des § 183 Abs 1 Satz 2 RVO bewirkt aber, daß für während der Mitgliedschaft eingetretene Versicherungsfälle die Mitgliedschaft nachwirkt und für einen Zeitraum von 26 Wochen Krankenpflegeansprüche begründet. Obwohl diese Vorschrift unmittelbar nur die Leistung "Krankenpflege" betrifft, hat der Senat daraus Schlußfolgerungen für die Leistung "Krankengeld" gezogen. Er ist übereinstimmend mit der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (RVA) zu dem Ergebnis gekommen, daß auch Ansprüche auf Krankengeld entstehen, wenn der Versicherungsfall der Krankheit während der Mitgliedschaft, die Arbeitsunfähigkeit aber erst während der nachgehenden Frist eingetreten ist (vgl RVA, GE Nr 5545 in AN 1944, S. II 38; BSG, Urteil vom 11. August 1966 - 3 RK 59/64 - in KVRs 2310/4; BSGE 26, 57). An dieser Auffassung hält der Senat fest. Wenn die während der Mitgliedschaft eingetretenen Versicherungsfälle in der nachgehenden Frist Ansprüche auf Krankenpflege entstehen lassen, so erscheint es gerechtfertigt, die auf dieselben Versicherungsfälle zurückgehenden Ansprüche auf Krankengeld gleicherweise für begründet zu halten, da die (die Krankenpflege auslösende) Behandlungsbedürftigkeit und die (das Krankengeld auslösende) Arbeitsunfähigkeit nur verschiedene Erscheinungsformen derselben Krankheit sind. Da im Verhältnis der beiden Leistungen zueinander der Krankenpflege die primäre Bedeutung zukommt, weil sie dazu bestimmt ist, die Krankheit - das eigentliche Risiko dieses Versicherungszweigs - zu bekämpfen, während das Krankengeld (nur) ergänzend der wirtschaftlichen Absicherung des Erkrankten dient (vgl dazu §§ 10, 11 und 12 Nr 1 des Rehabilitationsangleichungsgesetzes vom 7. August 1974 - BGBl I 1881), muß die Zubilligung der Hauptleistung



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 10 -

die der ergänzenden Leistung nach sich ziehen. In dem Zusammenhang kann nicht außer Betracht bleiben, daß das eigentliche Regelungsziel des § 183 Abs 1 Satz 2 RVO nicht auf die Entstehung des Anspruchs auf Krankenpflege, sondern auf seine Beendigung gerichtet ist.

Sind damit die im Versicherungsverhältnis begründeten Voraussetzungen des Anspruchs auf Krankengeld klargestellt, so fragt es sich weiter, welche Bedeutung den Voraussetzungen zukommt, die im Zustand des Versicherten liegen. Krankengeld wird gewährt, "wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht" (§ 182 Abs 1 Nr 2 RVO). Diese Vorschrift stellt einerseits auf die Krankheit und andererseits auf die Arbeitsunfähigkeit ab und nimmt damit Bezug auf zwei Umstände, die sowohl zusammen wie auch zu ganz verschiedenen Zeitpunkten eintreten können. Wesentlich ist jedoch, daß der Anspruch auf Krankengeld erst entsteht, wenn beide Voraussetzungen - kumulativ - vorliegen. Zu diesem Zeitpunkt muß die Mitgliedschaft des Anspruchsberechtigten gegeben sein. Daraus folgt, daß es für die Anspruchsentstehung - jedenfalls bei Pflichtversicherten - nicht darauf ankommt, zu welchem Zeitpunkt der Versicherungsfall der Krankheit (für sich) eintritt. Auch wenn die Krankheit zu einem Zeitpunkt beginnt, zu dem der Erkrankte nicht der gesetzlichen Krankenversicherung angehört, kann dennoch diese Krankheit Ansprüche auf Krankengeld auslösen, und zwar wenn der Erkrankte späterhin durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung Mitglied einer Krankenkasse wird und erst dann bei ihm Arbeitsunfähigkeit eintritt. Diese Rechtsfolge ergibt sich aus § 206 RVO, und der Senat hat demgemäß schon in dem Urteil vom 26. Juni 1975 (BSGE 40, 104) darauf hingewiesen, daß der Zeitpunkt des Versicherungsfalles der Krankheit für sich allein nicht von entscheidender Bedeutung für die Entstehung von Leistungsansprüchen ist (vgl BSGE 40, 104, 105; siehe dazu auch BSGE 18, 122, 125). Das gleiche gilt für die Wiederentstehung des Anspruchs. Wird der Versicherte während einer Pflichtmitgliedschaft - jedoch auf Grund einer bereits

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 11 -

zuvor eingetretenen Krankheit - wiederholt mit Unterbrechungen arbeitsunfähig, entsteht und wiederentsteht für ihn der Krankengeldanspruch nach den gleichen rechtlichen Grundsätzen, also mit der gleichen Begrenzung gemäß § 183 Abs 2 RVO, wie für einen Versicherten, dessen Versicherungsfall während bestehender Mitgliedschaft eingetreten ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Krankheit allein ist mithin weder für die Entstehung noch die Wiederentstehung des Anspruchs maßgebend.

Damit ist allerdings nicht gesagt, daß die Arbeitsunfähigkeit als ein selbständiger Versicherungsfall anzusehen wäre. Versicherungsfall bleibt der Eintritt der Krankheit, weil davon die nähere Anspruchsbestimmung (ob begrenzte oder unbegrenzte Bezugszeit) abhängt, die Arbeitsunfähigkeit hat vielmehr nur die Bedeutung eines speziellen Leistungsfalls (vgl BSGE 16, 177, 179, 180; 18, 122, 125; 25, 37, 39), wobei allerdings das Ereignis "Eintritt der Arbeitsunfähigkeit" als Leistungsfall mehr und mehr selbständige Bedeutung gewonnen hat (so schon RVA, GE Nr 5545 in AN 1944, S. II 38, 39). Dementsprechend differenziert § 183 Abs 2 RVO die verschiedenen möglichen Fälle und kommt, je nachdem, ob verschiedene Krankheiten zu unterschiedlichen Zeitpunkten vorliegen, zu unbegrenzter oder zu begrenzter Leistungsdauer. Das Prinzip der Einheit des Versicherungsfalls, das der erkennende Senat übereinstimmend mit den Vorentscheidungen auch hinsichtlich des Krankengeldanspruchs in seiner bisherigen Fassung als für nicht entbehrlich hält, führt mithin zur zeitlichen Begrenzung des Anspruchs, dessen Entstehung hingegen gründet im Versicherungsverhältnis. Er erschien auch rechtsmethodisch als kaum vertretbar, anstatt den Eintritt eines (tatsächlichen) Ereignisses als auslösende Ursache des Anspruchs zu betrachten, ihn als tragenden Rechtsgrund des Anspruchs anzusehen.

Unter Beachtung dieses Zusammenhangs ist auch die Frage zu beantworten, welche Voraussetzungen vorliegen müssen,



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

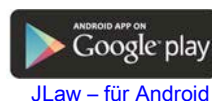
- 12 -

wenn es nicht um die erstmalige Entstehung des Krankengeldanspruchs, sondern um seine erneute Entstehung geht. Nach Auffassung des Senats kann kein grundsätzlicher Unterschied zwischen diesen beiden Sachverhalten gemacht werden, denn in jedem Fall bedarf ein Rechtsanspruch, um zur Entstehung kommen zu können, eines ihn tragenden Rechtsgrundes. Für das Krankengeld ist dieser Rechtsgrund - abgesehen von den besonderen Fällen nachgehender Ansprüche - die durch das Versicherungsverhältnis vermittelte Mitgliedschaft. Ist ein Versicherter Mitglied einer Krankenkasse, so steht ihm Krankenpflege zeitlich unbegrenzt zu (§ 183 Abs 1 Satz 1 RVO). Das Krankengeld steht ihm ebenfalls zeitlich unbegrenzt zu (§ 183 Abs 2 Satz 1, 1. Halbsatz RVO), bei einheitlichem Versicherungsfall wird es hingegen nach näherer Maßgabe des § 183 Abs 2 Satz 1, 2. Halbsatz und Satz 2 RVO zeitlich begrenzt. Für den Anspruch auf Krankenhauspflege galt die gleiche Begrenzung wie für das Krankengeld (§ 184 Abs 1 Satz 1 RVO aF, vgl. dazu BSGE 34, 266). Der mit Ablauf der Bezugsperiode endende Krankengeldanspruch entsteht nach Ablauf der Blockfrist von drei Jahren neu, wenn eine Mitgliedschaft als tragende Rechtsgrundlage des Anspruchs vorhanden ist, ungeachtet, ob die Arbeitsunfähigkeit zwischenzeitlich durchweg ange dauert hat oder ob sie von Arbeitsfähigkeit unterbrochen worden ist.

Scheidet das Mitglied aus der Versicherung aus, so steht ihm Krankenpflege noch für 26 Wochen zu (§ 183 Abs 1 Satz 2 RVO); ein beim Ausscheiden begründeter Anspruch auf Krankengeld läuft zunächst weiter, er fällt erst weg bei Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit oder bei zeitlicher Erschöpfung des Anspruchs. Insoweit wirkt der Grundsatz, daß der einmal begründete Anspruch durch eine nachträglich eintretende rechtliche Änderung (Ausscheiden) nicht berührt wird, zumal die Bezugsdauer der Krankenpflege (§ 183 Abs 1 Satz 2 RVO) lex specialis gegenüber § 183 Abs 2 RVO ist (so im Ergebnis schon RVA, GE Nr 5545 aaO; vgl auch BSGE 28, 249, 251 f; 26, 57, 58). Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß das Solidaritätsprinzip der Krankenver-



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 13 -

sicherung dazu führt, daß Leistungen der Solidargemeinschaft nur für Mitglieder vorgesehen sind (vgl dazu Sozialgesetzbuch, Allgemeiner Teil, vom 11. Dezember 1975 - BGBI I 3015 - § 4 Abs 2; Sozialgesetzbuch, Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, vom 23. Dezember 1976 - BGBI I 3845 - § 2 Abs 1). Scheidet ein Versicherter aus der Solidargemeinschaft aus, so enden in aller Regel seine Ansprüche an diese, aus Gründen sozialer Härtemilderung werden sie ihm jedoch für eine gewisse Übergangszeit, die je nach Art der Ansprüche unterschiedlich lang sein kann, erhalten. Dabei ist zu bedenken, daß dem Versicherten bei Beendigung seiner Pflichtversicherung die Möglichkeit offen bleibt, weiterhin Mitglied der Solidargemeinschaft zu bleiben (vgl § 313 RVO). Schon aus diesem Prinzip von Regel und Ausnahme folgt, daß Leistungen außerhalb der Mitgliedschaft - als Ausnahme - nur dann in Betracht kommen können, wenn das Gesetz sie ausdrücklich anordnet. Aus § 183 Abs 2 RVO läßt sich jedoch eine Leistungsgestaltung, wie sie der Kläger erstrebt, nicht herleiten.

Die vom Senat vertretene Auffassung wird schließlich bestätigt durch § 184 Abs 1 RVO i.d.F. des Gesetzes zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Leistungsverbesserungsgesetz -KLVG-) vom 19. Dezember 1973 (BGBI I 1925). Danach wird Krankenhauspflege zeitlich unbegrenzt gewährt (Satz 1), sofern ein Mitglied aus der Versicherung ausscheidet, endet sie jedoch spätestens 26 Wochen nach dem Ausscheiden (Satz 2). Da mit der Gewährung von Krankenhauspflege jedenfalls auch Arbeitsunfähigkeit einhergeht (vgl Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, 1. bis 8. Aufl., Stand: April 1977, S 390e), macht § 184 Abs 1 iVm § 186 RVO deutlich, daß für diesen Sonderfall der Arbeitsunfähigkeit die unbegrenzte Gewährung des Krankengeldes (verbunden mit der Krankenhauspflege) nur bei Fortdauer der Mitglied-



schaft in Betracht kommt (so im Ergebnis auch Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 17. Aufl., Stand: Juni 1977, § 184, Anm 4b, S 17/378); im Fall des Ausscheidens aus der Versicherung endet diese Leistungsgewährung jedoch längstens nach 26 Wochen. Der Senat verkennt nicht, daß diese Vorschrift erst am 1. Januar 1974 in Kraft getreten ist (§ 5 KLVG), für die Entscheidung des Rechtsstreits aber von den gesetzlichen Grundlagen ausgegangen werden muß, die im streitigen Zeitraum galten. Damals hatte § 184 Abs 1 Satz 1 RVO die Fassung, die ihm seit dem 1. Januar 1971 durch Art 1 Nr 7 iVm Art 4 § 5 des 2. KVÄG verliehen worden war. Danach konnte die Kasse anstelle der Krankenpflege Krankenhauspflege gewähren, die, wie bereits dargelegt, im gleichen Umfang zeitlich begrenzt war wie der Krankengeldanspruch (vgl BSGE 34, 266). Diese Vorschrift ist mit Wirkung ab 1. Januar 1974 durch das KLVG geändert worden, und zwar iS einer Verbesserung der Leistungen. Demgemäß besagt auch die Begründung dieses Gesetzentwurfs, daß die zeitliche Begrenzung der Gewährung von Krankenhauspflege nicht mehr zeitgemäß sei und deshalb beseitigt werde (BT-Drucks. 7/377, Begründung zu § 1 Nr 1, S 5, übereinstimmend mit dem Vorentwurf BT-Drucks. VI/3588, Begründung zu § 1 Nr 1, S 3).

Die Begründung des Gesetzentwurfs zu Satz 2 der Vorschrift mit dem Hinweis auf die Grundsätze ambulanter ärztlicher Behandlung zeigt ebenfalls, wenn man sie im Zusammenhang mit der Gesamtregelung betrachtet, daß der Gesetzgeber keinesfalls beabsichtigte, die bisherige Rechtslage zu verschlechtern, sondern daß es ihm eher darauf ankam, sie klarzustellen. Auch der Senat ist der Auffassung, daß die zum 1. Januar 1974 in Kraft getretene Fassung des § 184 Abs 1 RVO gegenüber der seit dem 1. Januar 1971 bestehenden Rechtslage jedenfalls keine Verschlechterung mit sich gebracht hat, sondern daß sie lediglich den Folgen fehlender Mitgliedschaft, die für die vorgehende Zeit gleicherweise anzunehmen waren, Ausdruck gegeben hat.



- 15 -

Zusammenfassend stellt sich somit heraus, daß nur bei bestehender Mitgliedschaft Krankenpflege und Krankenhauspflege sowie Krankengeld (§ 183 Abs 2 Satz 1, 1.Halbsatz RVO) zeitlich unbegrenzt gewährt werden; beim Ausscheiden aus der Versicherung enden sowohl Krankenpflege wie Krankenhauspflege und das gemäß § 186 RVO damit verbundene Krankengeld nach 26 Wochen. Unter diesen Umständen ist kein sachlicher Grund dafür erkennbar, daß nach dem Ausscheiden des Mitglieds aus der Versicherung und nach Ablauf der nachgehenden 26-Wochen-Frist ein Krankengeldanspruch neu oder wieder zur Entstehung kommen könnte.

Das Prinzip der Einheit des Versicherungsfalls vermag für sich allein - ohne Mitgliedschaft - die Entstehung oder Wiederentstehung des Anspruchs nicht zu tragen. Die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Höchstbezugszeit ebenso wie die Fortdauer der Behandlungsbedürftigkeit nach Wegfall des Krankengeldanspruchs lösen für den Versicherten, der aus der Mitgliedschaft ausgeschieden und dessen nachgehende Ansprüche abgelaufen sind, keine leistungsrechtlichen Folgen mehr aus. Es wäre schlechthin unverständlich, wenn die soziale Krankenversicherung einem Erkrankten infolge mangelnder Zugehörigkeit zur Solidargemeinschaft der Versicherten zwar die ärztliche Behandlung seiner Krankheit und alle anderen Leistungen der Krankenpflege sowie auch Krankenhauspflege verweigern müßte (kraft ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung - § 183 Abs 1 Satz 2, § 184 Abs 1 Satz 2 RVO -), aber ihm trotzdem bei entsprechender Dauer seiner Erkrankung alle drei Jahre für 78 Wochen eine Geldleistung zahlen sollte. Zu diesem Ergebnis führt jedoch die vom Kläger vertretene Auffassung, wie er selbst annimmt. Eine solche Intervallzahlung hätte einen rentenähnlichen Charakter und stünde schon deshalb mit der Leistungscharakteristik der gesetzlichen Krankenversicherung im System der sozialen Sicherheit nicht im Einklang. Hinzu käme, daß diese Zahlung infolge der

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 16 -



- 16 -

Berechnungsvorschriften des Krankengeldes sich in aller Regel auf einen weit höheren Betrag belaufen würde als die eigentlichen Dauerleistungen, die das System der sozialen Sicherheit bei langfristigem Ausfall der Erwerbsfähigkeit vorsieht, nämlich die Renten der Rentenversicherung. Schließlich wäre es auch sinnwidrig, worauf der Senat bereits in der Entscheidung vom 2. Oktober 1970 (SozR Nr 54 zu § 183 RVO), wenn auch in anderem Zusammenhang, hingewiesen hat, daß der Erkrankte zwar bei Arbeitsunfähigkeit alle drei Jahre eine Geldleistung erhalten könnte, daß ihm aber die Versicherung gerade den Nachweis jener Arbeitsunfähigkeit durch kassenärztliche Untersuchung nicht gewähren dürfte, weil es sich dabei um eine ausgeschlossene Leistung der Krankenpflege handelte.

Da der Kläger zur Zeit seiner neuerlichen Arbeitsunfähigkeit am 19. Februar 1973 nicht mehr Mitglied der Beklagten war und ihm zu diesem Zeitpunkt nachgehende Ansprüche auf Krankenpflege oder Krankenhauspflege nicht zustanden, konnte für ihn auch kein Anspruch auf Krankengeld zur Entstehung gelangen. Sowohl die beklagte AOK wie das SG und das LSG haben somit die Ansprüche des Klägers zu Recht abgewiesen. Seine Revision mußte mithin ohne Erfolg bleiben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 des Sozialgerichtsgesetzes.

