B 1 KR 11/02 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 1490/98
Datum
-
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 1669/00
Datum
25.01.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 11/02 R
Datum
19.09.2002
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Die Arbeitsunfähigkeit richtet sich nicht mehr nach den besonderen Anforderungen der zuletzt ausgeübten Beschäftigung, wenn der Versicherte seit dem Verlust des Arbeitsplatzes mehr als sechs Monate als Arbeitsloser krankenversichert war.
2. Für die Beurteilung ist der versicherungsrechtliche Status des Betroffenen im Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung maßgebend. Die Behauptung eines früheren Beginns der Arbeitsunfähigkeit ist regelmäßig unbeachtlich.
Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 25. Januar 2002 wird zurückgewiesen. Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten um einen Anspruch auf Krankengeld.

Der Kläger ist gelernter Dreher und war zuletzt auch als solcher beschäftigt. Seinen Arbeitsplatz verlor er durch Arbeitgeberkündigung zum 31. Mai 1995, die mit seiner gesunkenen gesundheitlichen Leistungsfähigkeit begründet wurde; während des letzten Beschäftigungsverhältnisses hatte er wiederholt Krankengeld bezogen - zuletzt vom 20. Oktober 1994 bis zum 13. März 1995 und vom 12. April bis zum 30. Juni 1995, also einen Monat über das Ende des Arbeitsverhältnisses hinaus. In der Folgezeit erhielt der Kläger etwa ein Jahr lang Arbeitslosengeld und anschließend etwa sechs Monate Arbeitslosenhilfe; vom arbeitsamtsärztlichen Dienst wurde die Einsatzfähigkeit als Dreher bejaht.

Am 11. Juni 1997 brach der Kläger eine von der zuständigen Landesversicherungsanstalt (LVA) gewährte und im Januar 1997 begonnene Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation krankheitsbedingt ab, nachdem er ab dem 12. Mai 1997 arbeitsunfähig krank geschrieben war. Bis zum Abbruch bezog er Übergangsgeld, danach Krankengeld. Nach der im jetzigen Verfahren streitigen Ablehnung von Krankengeld über den 3. August 1997 hinaus durch die Beklagte meldete sich der Kläger arbeitslos und erhielt Arbeitslosenhilfe vom 4. August 1997 bis zum 11. April 1999; dabei war er zwischendurch erneut arbeitsunfähig und durchlief eine Berufsfindungsmaßnahme.

Die Einstellung der Krankengeldzahlung zum 4. August 1997 durch Bescheid vom 30. Juli 1997 beruhte auf einem beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) veranlassten Gutachten, das zum Ergebnis kam, dass gegen eine leichte Tätigkeit im Wechsel zwischen Sitzen und Stehen ohne Belastung der Wirbelsäule keine Bedenken bestünden; dieser Beurteilung schloss sich auch der behandelnde Arzt an. Der Widerspruch des Klägers wurde mit Bescheid vom 16. April 1998 zurückgewiesen. Demgegenüber hat das Sozialgericht (SG) nach weiteren Ermittlungen zu den gesundheitlichen Anforderungen der ursprünglichen Arbeitsstelle und zum Gesundheitszustand des Klägers die Beklagte unter Aufhebung der genannten Bescheide verurteilt, dem Kläger Krankengeld vom 4. August 1997 bis 9. November 1998 zu gewähren.

Die Berufung der Beklagten hatte Erfolg. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Bundesanstalt für Arbeit (BA) beigeladen und die Klage mit Urteil vom 25. Januar 2002 abgewiesen. Es hat den Anspruch verneint, weil der Kläger nicht arbeitsunfähig gewesen sei. Für die Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten sei seine vorher ausgeübte Tätigkeit jedenfalls dann nicht mehr maßgebend, wenn er während einer länger dauernden Arbeitslosigkeit erkranke. Insofern könne dahinstehen, ob der Kläger während der bis zum 15. Januar 1997 dauernden Arbeitslosigkeit in der Lage gewesen wäre, als Dreher zu arbeiten, wofür die Feststellungen im arbeitsamtsärztlichen Gutachten vom 2. November 1995 sprächen. Beim Eintritt von Arbeitsunfähigkeit während einer Arbeitslosigkeit, die sich wie beim Kläger nicht nahtlos an eine

während der letzten Beschäftigung eingetretene Arbeitsunfähigkeit anschließe, komme es auf die Einsatzfähigkeit in denjenigen Tätigkeiten an, für die sich der Versicherte dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen habe (Hinweis auf BSG SozR 4100 § 105b Nr 4 S 18; SozR 3-4100 § 105b Nr 2 S 7). Dabei sei zu berücksichtigen, dass der Kläger im Hinblick auf eine entsprechende Umschulung und sich daran anschließende Berufsausübung bis 1986 auch als kaufmännischer Angestellter qualifiziert sei; dieser Beruf sei dem Beruf des Drehers zumindest gleichwertig. Nach kurzer Einarbeitungszeit hätte der Kläger demnach auch diesen Beruf ausüben können.

Dem könne die Gewährung von Leistungen zur beruflichen Rehabilitation durch die LVA nicht entgegengehalten werden. Zwar gehe die Beklagte ebenso wie das SG davon aus, dass der Kläger in der Zeit ab dem 4. August 1997 nicht als Dreher habe arbeiten können. Da er jedoch schon zuvor nicht mehr in diesem Beruf tätig gewesen sei, sei dies nicht der Bezugsberuf für den streitigen Krankengeldanspruch. Leichte Tätigkeiten im Wechsel zwischen Sitzen und Stehen seien dem Kläger demgegenüber sowohl gesundheitlich als auch nach dem Recht der Arbeitslosenversicherung zumutbar gewesen, sodass er nicht als arbeitsunfähig angesehen werden könne. Der mittels Rehabilitation angestrebte Beruf des Arbeitsvorbereiters könne entgegen der Auffassung der Beklagten nicht als Bezugsberuf gelten, denn die Umschulung sei vor dem hier zu beurteilenden Zeitabschnitt gescheitert.

Die Revision des Klägers rügt die Verletzung von § 44 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), hilfsweise die Sachaufklärung und Beweiswürdigung durch das LSG. Dem angefochtenen Urteil sei in Verbindung mit der erstinstanzlichen Entscheidung die für das Revisionsverfahren verbindliche Feststellung der durchgehenden Arbeitsunfähigkeit des Klägers im Beruf als Dreher zu entnehmen. Insofern beruhe die Erwägung des Berufungsgerichts, der Kläger sei während seiner Arbeitslosigkeit nicht nahtlos arbeitsunfähig gewesen, auf einem Missverständnis oder auf einer unzutreffenden Bezugnahme auf eine früher ausgeübte Tätigkeit. Für einen ununterbrochen seit dem Verlust des Arbeitsplatzes arbeitsunfähigen Versicherten bleibe der Berufsschutz nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) jedenfalls im ersten Dreijahreszeitraum erhalten, sodass dem Kläger Krankengeld zustehe. Das müsse auch für den Fall gelten, dass der Versicherte bei Verlust des Arbeitsplatzes arbeitsunfähig sei und nach einem vorübergehenden Abklingen der Erkrankung wiederum arbeitsunfähig werde.

Sollte sich der Senat dem nicht anschließen und sollte sich die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit nicht aus den vorinstanzlichen Feststellungen ergeben, habe das Berufungsgericht nicht hinreichend aufgeklärt, ob der Kläger von Juli 1995 bis Ende 1996 in der Lage gewesen wäre, als Dreher zu arbeiten. Diese Frage dürfe nicht alleine auf Grund des arbeitsamtsärztlichen Gutachtens vom 2. November 1995 entschieden werden. Jedenfalls habe das LSG die Auswertung dieses Gutachtens dem Kläger nicht mitgeteilt und ihm insoweit rechtliches Gehör verwehrt. Von den beigezogenen Akten des Arbeitsamts seien nur Kopien der Zahlungsnachweise übersandt worden.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 25. Januar 2002 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG Freiburg vom 29. Februar 2000 zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Aus den Feststellungen des LSG ergebe sich keine nahtlose Arbeitsunfähigkeit seit der Beschäftigung als Dreher; eine solche werde vielmehr durch das einschlägige arbeitsamtsärztliche Gutachten widerlegt. Bei unterbrochener Arbeitsunfähigkeit könne auch im ersten Dreijahreszeitraum nicht an die frühere Beschäftigung angeknüpft werden.

II

Die Revision ist zulässig, aber nicht begründet. Das LSG ist zutreffend zum Ergebnis gekommen, dass dem Kläger im streitigen Zeitraum ab dem 4. August 1997 kein Anspruch auf Krankengeld zustand. Infolgedessen hat es das zusprechende Urteil des SG zu Recht aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Klage ist zulässig. Hierzu braucht nicht ermittelt zu werden, ob das beanspruchte Krankengeld höher gewesen wäre als die an seiner Stelle bezogene Arbeitslosenhilfe. Denn selbst wenn ein Prozesserfolg keine höhere Geldleistung für den Kläger und nach § 134 Abs 4, § 118 Abs 1 Nr 2 Arbeitsförderungsgesetz - AFG(seit 1. Januar 1998: § 198 Satz 2 Nr 6, § 142 Abs 1 Nr 2 SGB III) iVm § 103 SGB X lediglich eine Erstattungsforderung der beigeladenen BA begründen würde, wäre der Klage das Rechtsschutzbedürfnis nicht abzusprechen. Der Kläger hat ein rechtlich schützenswertes Interesse an der Feststellung, welche der beiden möglicherweise gleich hohen Leistungen er zu bekommen hat. Das gilt wegen der an diese Feststellung geknüpften Fernwirkungen auch für den Fall, dass bereits vor Abschluss des Verfahrens feststeht, dass der Versicherte durch die Ablehnung des Krankengeldes unmittelbar keine wirtschaftliche Einbuße erlitten hat. Für einen weiteren Anspruch auf Krankengeld können die Höchstbezugsdauer innerhalb der Rahmenfrist (§ 48 Abs 1 SGB V) und der genaue Zeitpunkt der Erschöpfung des Anspruchs wegen § 48 Abs 2 SGB V eine wesentliche Rolle spielen. In der Arbeitslosenversicherung können der Ausschluss des Anspruchs (§ 125 Abs 2 AFG; § 147 Abs 2 SGB III) und die Lage der weiteren Rahmenfristen (§ 104 Abs 2 und Abs 3 AFG; § 124 SGB III) von der hier zu treffenden Feststellung abhängen. Auf Grund eines ausreichend langen Krankengeldbezugs kann die Anwartschaftszeit für einen neuen Leistungsanspruch erfüllt sein (§ 100 Abs 1, § 104 Abs 1 Satz 1, § 107 Satz 1 Nr 5 Buchst a AFG; § 117 Abs 1 Nr 3, § 123 Satz 1 Nr 1, § 26 Abs 2 Nr 1 SGB III). Bei derartigen Abhängigkeiten für mögliche weitere Ansprüche oder Anspruchszeiträume muss es dem Versicherten gestattet sein, die Rechtslage selbst dann klären zu lassen, wenn ihm aus dem erhobenen Anspruch unmittelbar kein geldwerter Vorteil erwächst.

Die demnach zulässige Klage ist jedoch nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Krankengeld über den 3. August 1997 hinaus.

Nach § 44 Abs 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden. Im vorliegenden Fall geht es ausschließlich um die erste Alternative; die hier zu erörternde Frage der verbleibenden Einsatzfähigkeit für andere Tätigkeiten als den ausgeübten Beruf kann sich bei einer stationären Behandlung von vornherein nicht stellen. Das Gesetz erläutert nicht näher, was es mit dem Begriff der "Arbeitsunfähigkeit" meint. Nach dem Wortsinn muss der Versicherte durch eine Erkrankung gehindert sein, seine Arbeit weiterhin zu verrichten. Hat der Versicherte im Beurteilungszeitpunkt einen Arbeitsplatz inne, kommt es darauf an, ob er die dort an ihn gestellten gesundheitlichen Anforderungen noch

erfüllen kann. Verliert er den Arbeitsplatz, bleibt die frühere Tätigkeit als Bezugspunkt erhalten; allerdings sind nicht mehr die konkreten Verhältnisse am früheren Arbeitsplatz maßgebend, sondern es ist nunmehr abstrakt auf die Art der zuletzt ausgeübten Beschäftigung abzustellen. Der Versicherte darf dann auf gleich oder ähnlich geartete Tätigkeiten "verwiesen" werden, wobei aber der Kreis möglicher Verweisungstätigkeiten entsprechend der Funktion des Krankengeldes eng zu ziehen ist (Senatsurteil vom 8. Februar 2000 - BSGE 85, 271, 273 = SozR 3-2500 § 49 Nr 4 S 12 f; ebenso Senatsurteil vom 14. Februar 2001 - SozR 3-2500 § 44 Nr 9 S 22 f).

Der jetzige Fall wirft die Frage auf, ob die Beschränkung auf eine der bisherigen vergleichbare Tätigkeit auch dann gilt, wenn die unter den Begriff der Arbeitsunfähigkeit zu subsumierende Leistungsminderung erst zu einem Zeitpunkt eintritt, zu dem der Versicherte seinen Arbeitsplatz verloren und über einen längeren Zeitraum Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen hat. Da zumindest nicht abschließend geklärt ist, ob der Kläger noch in der Lage gewesen ist, als Dreher oder in einer vergleichbaren Tätigkeit zu arbeiten, kann für die weiteren Überlegungen jedenfalls nicht von einer diesbezüglichen Einsatzfähigkeit ausgegangen werden. Demnach wäre der Sachverhalt zumindest weiter aufzuklären, wenn der inzwischen aufgegebene Beruf weiter maßgebend wäre. Käme es demgegenüber nicht mehr auf die besonderen Anforderungen der früheren Tätigkeit des Klägers an, hätte ihn die Beklagte zu Recht als arbeitsfähig behandelt und ihm die Weitergewährung von Krankengeld versagt. Dann würde es genügen, dass er - wie das LSG unangegriffen und somit für das Revisionsverfahren bindend (§ 163 Sozialgerichtsgesetz - SGG) festgestellt hat - trotz seines Gesundheitszustands ab dem 4. August 1997 noch leichte Tätigkeiten im Wechsel zwischen Sitzen und Stehen vollschichtig ausüben konnte.

Für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit des Klägers ist nicht auf die Beschäftigung als Dreher abzustellen, denn der Kläger war zwischenzeitlich nicht als Beschäftigter, sondern über einen längeren Zeitraum als Bezieher von Arbeitslosengeld bzw Arbeitslosenhilfe krankenversichert. Diese zwischenzeitliche anderweitige Versicherung hätte nach der früheren, unter der Reichsversicherungsordnung (RVO) entwickelten Rechtsprechung allerdings nicht unbedingt dazu geführt, dass die Arbeitsfähigkeit ohne Rücksicht auf den früher ausgeübten Beruf zu prüfen und der spezifisch krankenversicherungsrechtliche "Berufsschutz" zu verneinen gewesen wäre. Denn nach dem Konzept der "Einheit des Versicherungsfalls" konnte der rechtliche Bezug zum früheren Beruf während einer Erkrankung grundsätzlich nur dadurch verloren gehen, dass sich der Versicherte einem anderen Beruf zuwandte, indem er eine neue Tätigkeit tatsächlich aufnahm (vgl BSG SozR 4100 § 158 Nr 6 S 6 f mwN; BSG vom 27. Februar 1984 - 3 RK 8/83 - USK 8415).

Diese Rechtsprechung ist seit dem 1. Januar 1989 durch das SGB V überholt, denn nach den darin getroffenen Regelungen wird der Umfang des Versicherungsschutzes aus dem jeweils konkret bestehenden Versicherungsverhältnis abgeleitet. Ein früheres Versicherungsverhältnis vermag nur unter engen Voraussetzungen und nur für eng begrenzte Zeiträume Versicherungsansprüche zu begründen. Nach § 19 Abs 1 SGB V erlischt der Anspruch auf Leistungen grundsätzlich mit dem Ende der Mitgliedschaft. Nur wenn vorher eine Pflichtmitgliedschaft bestand und nach deren Ende keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, erlaubt § 19 Abs 2 SGB V noch Leistungsansprüche aus der früheren Versicherung, die aber auf längstens einen Monat begrenzt sind (zu deren Subsidiarität vgl BSGE 89, 254 = SozR 3-2500 § 19 Nr 5). Dass es für die Begründung von Leistungsansprüchen auf die Art der Versicherung und nicht auf das Bestehen einer Versicherung an sich ankommt, unterstreicht § 48 Abs 2 SGB V, wonach in einer neuen Rahmenfrist ein Krankengeldanspruch wegen der bisherigen Krankheit nur entstehen kann, wenn der Versicherte aktuell mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist.

Die darin zum Ausdruck gekommene gesetzgeberische Wertung steht gleichzeitig einem Verständnis entgegen, das die Mitgliedschaft nur dann als beendet im Sinne des § 19 Abs 1 und 2 SGB V ansieht, wenn die Eigenschaft als gesetzlich Krankenversicherter ganz entfällt (in dieser Richtung jedoch Schmidt in Peters, Handbuch der KV, Stand Oktober 2001, vor § 27 RdNr 90 f, außer beim Übergang in die Familienversicherung). Abgesehen davon, dass diese Auffassung mit der Rechtsprechung des Senats zum Kassenwechsel nicht in Einklang zu bringen wäre (BSGE 89, 86, 87 f = SozR 3-2500 § 19 Nr 4 S 18 f), ergibt schon der Wortlaut von § 19 Abs 2 SGB V, dass das Gesetz den Übergang in die freiwillige Mitgliedschaft als einen Fall der Beendigung iS von § 19 Abs 1 SGB V ansieht; dann würde es nicht einleuchten, wenn der Wechsel in ein neues Pflichtversicherungsverhältnis anders zu behandeln wäre, zumal gerade dieser mit einem obligatorischen Kassenwechsel verbunden sein kann. Infolgedessen kann bei der Frage, an welcher Tätigkeit die Einsatzfähigkeit des Versicherten zu messen ist, wenn über seine Arbeitsfähigkeit oder -unfähigkeit entschieden werden muss, ebenso wie bei den Leistungsansprüchen als solchen (vgl dazu nochmals BSGE 89, 86, 87 = SozR 3-2500 § 19 Nr 4 S 18) immer nur vom jeweils aktuellen Versicherungsverhältnis ausgegangen werden.

Als Ausnahme bedarf die Aufrechterhaltung des krankenversicherungsrechtlichen Berufsschutzes über das Ende der Erwerbstätigkeit hinaus im neuen Recht einer besonderen Rechtfertigung. Beim arbeitslosen Versicherten, der schon während des Beschäftigungsverhältnisses die Arbeitsfähigkeit für diese Beschäftigung verloren und einen Anspruch auf Krankengeld erlangt hat, liegt diese Rechtfertigung darin, dass die Beschäftigtenversicherung nach § 192 Abs 1 Nr 2 SGB V über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus als fortbestehend gilt. Insoweit unterstellt das Gesetz, dass der Versicherte durch die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit an der Aufnahme einer seinem bisherigen Beruf vergleichbaren Tätigkeit gehindert ist. Ähnlich wäre im Falle eines nachgehenden Anspruchs nach § 19 Abs 2 SGB V zu entscheiden, denn dabei handelt es sich um einen Anspruch aus der Beschäftigtenversicherung, wie der Senat inzwischen geklärt hat (BSGE 89, 254 = SozR 3-2500 § 19 Nr 5). Greifen Gesichtspunkte dieser Art nicht ein, kann ein Krankengeldanspruch nicht unter Berufung auf eine früher einmal ausgeübte Tätigkeit begründet werden, denn der auf diese Tätigkeit bezogene Versicherungsschutz ist weggefallen. Soweit frühere Rechtsprechung des Senats zum SGB V eine andere Auslegung zulassen sollte (etwa im Wege des Gegenschlusses aus den Urteilen BSG SozR 3-2500 § 48 Nr 5 und BSGE 73, 121 = SozR 3-4100 § 158 Nr 1), wird sie nicht aufrechterhalten.

Nach Beendigung seines Beschäftigungsverhältnisses als Dreher war der Kläger über längere Zeit als Bezieher von Leistungen der Arbeitslosenversicherung und schließlich als Teilnehmer an einer Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation krankenversichert; sein Berufsschutz im Sinne einer auf bestimmte Tätigkeiten beschränkten Prüfung der Einsatzfähigkeit im Arbeitsleben könnte sich demnach nur aus dem Versicherungsschutz nach § 5 Abs 1 Nr 2 SGB V in der sog "Krankenversicherung der Arbeitslosen" (KVdA) oder aus der Versicherung als Rehabilitand nach § 5 Abs 1 Nr 6 SGB V ergeben.

Ob die KVdA in den ersten sechs Monaten des Leistungsbezugs den Berufsschutz aus der vorherigen Beschäftigtenversicherung faktisch aufrechterhält, weil die Prüfung der Arbeitsunfähigkeit auf Grund vergleichbarer Merkmale im Zweifel zum selben Ergebnis gelangt wie während der Berufsausübung, oder ob sie vorübergehend einen - möglicherweise auch zeitlich abgestuften - eigenständigen Berufsschutz begründet, braucht der Senat nicht zu entscheiden. Jedenfalls kann der Versicherte nicht als arbeitsunfähig beurteilt werden, wenn er nach mehr als sechsmonatiger Mitgliedschaft in der KVdA erkrankt, die Krankheit ihn jedoch von der Vermittlung eines leistungsgerechten

Arbeitsplatzes nicht ausschließt. Denn nach den Vorschriften über den Krankengeldanspruch in der KVdA darf er seine Verfügbarkeit nicht weiter einschränken als dies durch seinen Gesundheitszustand gerechtfertigt ist.

Die KVdA kann schon deshalb nicht ohne Weiteres denselben Berufsschutz wie die Beschäftigtenversicherung vermitteln, weil sie nicht an einer versicherungspflichtigen Tätigkeit anknüpft, die auf einem bestimmten Arbeitsplatz verrichtet wird, sondern auf dem Leistungsbezug als Arbeitsloser beruht. Trotzdem setzt der auch einem Arbeitslosengeld- oder Arbeitslosenhilfebezieher grundsätzlich zustehende Anspruch auf Krankengeld voraus, dass der Versicherte "arbeitsunfähig" ist. Das gilt auch für den gegen die BA gerichteten Anspruch auf Leistungsfortzahlung nach § 126 SGB III (früher § 105b AFG), der den Krankengeldanspruch in den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit verdrängt, weil insoweit durch § 49 Abs 1 Nr 3a SGB V dessen Ruhen angeordnet ist (zu entsprechenden früheren Regelungen vgl BSG vom 15. Dezember 1993 - 1 RK 20/93 - USK 93103 = EEK I/1157; BSG SozR 4100 § 105b Nr 3 S 9; BSGE 61, 193 = SozR 2200 § 183 Nr 52). Da die KVdA den Leistungsbezug und dieser die Vermittelbarkeit des Versicherten voraussetzt, hat die bisherige Rechtsprechung zu § 105b AFG den Versicherten als arbeitsunfähig angesehen, wenn er aus gesundheitlichen Gründen der Arbeitsvermittlung (objektiv) nicht zur Verfügung stand (vgl BSG SozR 4100 § 105b Nr 4 S 19; BSG SozR 3-4100 § 105b Nr 2 S 6; so auch Gagel/Winkler, SGB III Stand: März 2002, § 126 RdNr 5). Diese Rechtsprechung wird durch den erkennbaren Zweck des Krankengeldanspruchs innerhalb der KVdA bestätigt: Deren Mitglieder benötigen einen Versicherungsschutz mit Krankengeld ausschließlich für den Fall, dass sie die Geldleistung der Arbeitslosenversicherung aus Krankheitsgründen nicht mehr erhalten können. Da diese so lange zu zahlen ist, wie der Arbeitslose für eine Vermittlung in eine neue Tätigkeit zur Verfügung steht, kann ein Schutzbedürfnis nicht schon dann angenommen werden, wenn die Einsatzfähigkeit im früheren Beruf, sondern erst dann, wenn die Vermittelbarkeit krankheitsbedingt aufgehoben ist. Das Krankengeld stellt sich in der KVdA nicht als Ersatz für Lohnausfall, sondern als Ersatz für eine entgehende Leistung wegen Arbeitslosigkeit dar.

Ob diese Auffassung bedeutet, dass sich der krankenversicherungsrechtliche Berufsschutz in der KVdA ebenfalls nach den Regeln der arbeitslosenversicherungsrechtlichen Verfügbarkeit bestimmt, ist bisher nicht geklärt und braucht hier - wie bereits angedeutet - nicht abschließend geklärt zu werden. Der für das Arbeitslosenversicherungsrecht in § 119 Abs 2 und Abs 4 SGB III definierte bzw im früheren Recht im Begriff der Verfügbarkeit unselbstständig enthaltene (vgl § 103 Abs 1 Satz 1 Nr 1 AFG) Begriff der Arbeitsfähigkeit dient dort vor allem als Grundlage für die Überprüfung der Arbeitsbereitschaft oder subjektiven Verfügbarkeit; in diesen systematischen Zusammenhang gehören die Zumutbarkeitsregeln des § 121 SGB III. Der Gegenschluss von der Arbeitsfähigkeit in diesem Sinne auf den krankenversicherungsrechtlichen Begriff der Arbeitsunfähigkeit ist deshalb problematisch. Das wird etwa daran deutlich, dass § 126 Abs 3 SGB III neben dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit auch wegen anderer Anspruchselemente auf das Krankenversicherungsrecht verweist. Außerdem enthält § 121 SGB III eine Reihe von Bestimmungen, die außerhalb eines konkreten Arbeitsangebots keinen Sinn haben und daher bei der Prüfung der Arbeitsunfähigkeit nicht einschlägig sein können - so, wenn in § 121 Abs 2 SGB III von gesetzes- oder tarifvertragswidrigen Arbeitsbedingungen oder in Absatz 4 von den zumutbaren Pendelzeiten oder schließlich in Absatz 5 von befristeten Beschäftigungen die Rede ist. Dazu gehört auch die Erwähnung der "mit der Beschäftigung zusammenhängenden Aufwendungen" bei der Ermittlung des Nettoeinkommens in § 121 Abs 3 Satz 3 SGB III. Obwohl es beim krankenversicherungsrechtlichen Berufsschutz und im Rahmen des § 121 SGB III übereinstimmend um das Merkmal der zumutbaren Tätigkeit geht, ist infolgedessen fraglich, ob die in Absatz 3 Satz 2 und 3 der Vorschrift auf die Prüfung der Arbeitsbereitschaft des Versicherten anhand eines Arbeitsangebots zielenden Verdienstgrenzen im Zusammenhang mit einer Prüfung der Arbeitsunfähigkeit ein sinnvolles Abgrenzungskriterium darstellen. Trotz einer gewissen Parallele zur früheren Rechtsprechung im Krankenversicherungsrecht, die ebenfalls an der hinzunehmenden Lohnminderung anknüpfte (BSGE 61, 66, 72 f = SozR 2200 § 182 Nr 104 S 227 f), muss überdies an der Praktikabilität dieses Merkmals und der Aussagekraft für die konkrete Situation des Versicherten gezweifelt werden, wenn eine gesundheitliche Leistungsminderung losgelöst von einem konkreten Arbeitsplatz mit einer Verdienstminderung in Beziehung gesetzt werden soll.

Unabhängig davon, welche Schlüsse aus den dargelegten Schwierigkeiten für die Prüfung der Arbeitsunfähigkeit während der ersten sechs Monate der KVdA zu ziehen sind, bietet § 121 Abs 3 Satz 3 SGB III ab dem siebten Monat des Leistungsbezugs bereits rein faktisch keine Handhabe mehr, dem Versicherten eine über die gesundheitliche Leistungsminderung hinausgehende Einschränkung der Verfügbarkeit zuzugestehen. Eine gesundheitlich zumutbare Tätigkeit mit einem niedrigeren Netto-Verdienst als dem Betrag der Leistung wegen Arbeitslosigkeit ist praktisch nur denkbar, wenn es sich um eine Tätigkeit handelt, deren Arbeitszeit im Vergleich zum früheren Arbeitsplatz herabgesetzt ist; eine solche zeitliche Leistungsbeschränkung lässt sich aber ihrerseits nur mit der Erkrankung und nicht mit dem Gesichtspunkt des Berufsschutzes begründen. Deshalb kann dieser ab dem siebten Monat der KVdA auch dann keine Rolle mehr spielen, wenn man ihn im Übrigen mit Hilfe der arbeitslosenversicherungsrechtlichen Zumutbarkeitskriterien als konkretisierbar ansieht. Außerdem greift hier der Einwand in besonderem Maße, dass die Ermittlung der Verdienstmöglichkeiten und deren Vergleich mit der Höhe des zu zahlenden Krankengeldes (vgl § 47b Abs 1 Satz 1 SGB V) lediglich anhand von Durchschnitts- oder Tariflöhnen und der vorgeschriebene Abzug für beschäftigungsbedingte Aufwendungen allenfalls im Wege einer Pauschale möglich wären. Schlussfolgerungen hinsichtlich der objektiven Vermittelbarkeit des konkret betroffenen Versicherten könnten kaum gezogen werden. Im zeitlichen Anwendungsbereich des § 121 Abs 3 Satz 3 SGB III ist die Arbeitsunfähigkeit daher ausschließlich nach der gesundheitlichen Leistungsfähigkeit zu bestimmen, sodass sich der Kläger gegenüber der ihm gesundheitlich zumutbaren leichten vollschichtigen Tätigkeit auf einen Berufsschutz als Dreher nicht berufen kann.

An diesem Ergebnis ändert sich nichts dadurch, dass der Kläger zwischenzeitlich nicht nur als Arbeitsloser, sondern auch als Teilnehmer an einer Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation krankenversichert war. Auch die Versicherung nach § 5 Abs 1 Nr 6 SGB V vermittelt keinen Berufsschutz; ob sie in bestimmten Konstellationen - ähnlich wie Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation nach § 192 Abs 1 Nr 3 SGB V - einen vorher bestehenden krankenversicherungsrechtlichen Status aufrechterhält (vgl etwa den Sachverhalt der zum früheren Recht ergangenen Entscheidung BSGE 46, 190 = SozR 2200 § 182 Nr 34), braucht hier wegen der vorhergehenden über sechsmonatigen Zugehörigkeit des Klägers zur KVdA nicht entschieden zu werden. Einem spezifischen Berufsbezug wie bei der Beschäftigtenversicherung steht vor allem entgegen, dass hier - anders als bei der medizinischen Rehabilitation oder beim "normalen" Krankheitsausfall des Beschäftigten - eine berufliche Neuorientierung des Versicherten im Vordergrund steht und es nicht nur darum geht, ein als vorübergehend zu betrachtendes gesundheitliches Hindernis für die Berufsausübung zu überwinden. Die Rehabilitation wird deshalb gewährt, weil der Versicherte nicht mehr in der Lage ist, im bisherigen Beruf zu arbeiten; bezogen auf diesen Beruf wäre er also in der Regel auch dann arbeitsunfähig, wenn er an der beruflichen Rehabilitation weiterhin teilnehmen könnte. Umgekehrt könnte er - abgesehen von der noch zu erwerbenden Qualifikation - im angestrebten Beruf als arbeitsfähig anzusehen sein, obwohl er wegen einer spezifischen Gesundheitsstörung die Teilnahme an der Rehabilitation unterbrechen müsste. Abgesehen von dem beim Kläger nicht einschlägigen Gesichtspunkt der

Aufrechterhaltung eines bereits bestehenden Berufsschutzes, kann sich der Begriff der Arbeitsunfähigkeit beim versicherungspflichtigen Rehabilitanden infolgedessen nicht an einem früher einmal ausgeübten und aus gesundheitlichen Gründen aufgegebenen oder an einem möglichen künftigen Beruf, sondern allenfalls an der Fähigkeit zur Teilnahme an der laufenden Rehabilitationsmaßnahme orientieren.

Der Ausschluss eines spezifischen Berufsschutzes gilt auch in Anbetracht der Tatsache, dass die Höhe des vom Rehabilitanden zu erwartenden Krankengeldes in bestimmten Fällen in Anlehnung an den Tariflohn für diejenige Beschäftigung zu ermitteln ist, für die der Versicherte ohne seine Behinderung nach seinen beruflichen Fähigkeiten und nach seinem Lebensalter in Betracht käme. Grundsätzlich wird das Übergangsgeld allerdings bei der beruflichen Rehabilitation wie dasjenige bei der medizinischen berechnet. Durch § 22 Abs 2 SGB VI (künftig: § 48 SGB IX) wird dem beruflichen Rehabilitanden Übergangsgeld jedoch in einem Mindestbetrag garantiert, der sich am hypothetischen Tariflohn ohne Behinderung orientiert. Im Bereich der Unfallversicherung und der Arbeitslosenversicherung ist das Übergangsgeld nach einem fiktiven Entgelt zu bemessen, wenn sonst eine unbillige Härte zu befürchten wäre (vgl § 568 Abs 3 RVO bzw § 51 Abs 3 SGB VII sowie § 59 Satz 1 Nr 3 AFG bzw § 165 SGB III; künftig gilt auch hier § 48 SGB IX). Nach den bezeichneten Vorschriften werden 65 % des fiktiven Lohns berücksichtigt; das Übergangsgeld beträgt dann je nach persönlicher Situation des Versicherten 75 oder 68 % dieser Berechnungsgrundlage (stellvertretend: § 24 Abs 1 SGB VI). 80% der Berechnungsgrundlage sind nach § 235 Abs 1 SGB V beitragspflichtig zur Krankenversicherung, 70 % von dem sich daraus ergebenden Betrag (also 56 % der Berechnungsgrundlage) werden nach § 47 Abs 4 Satz 2, Abs 1 Satz 1 SGB V gegebenenfalls als Krankengeld gezahlt.

Obwohl sich demnach die Leistungs- und Beitragsbemessung bei Rehabilitanden an einem berufsbezogen zu ermittelnden Arbeitsentgelt orientieren kann, ist der Status der nach § 5 Abs 1 Nr 6 SGB V Versicherten unter dem Gesichtspunkt des Berufsschutzes nicht mit dem eines Beschäftigten gleichzustellen. Die beschriebenen Vorschriften zur Höhe des Übergangsgeldes in der Rentenversicherung betreffen den Sonderfall, dass die grundsätzlich wie bei medizinischer Rehabilitation durchzuführende Berechnung deshalb als unbillig anzusehen ist, weil sie ein niedrigeres Übergangsgeld ergibt oder weil der letzte Bezug von Arbeitsentgelt über drei Jahre zurückliegt. In dieser zweiten Fallgestaltung geht es ersichtlich darum, dass ein vor allzu langer Zeit erzielter Lohn für eine angemessene Lohnersatzleistung nicht mehr als repräsentativ angesehen werden kann; Anhaltspunkte für einen Berufsschutz sind dieser Konzeption nicht zu entnehmen. Durch die erste Alternative sollen dem Versicherten insbesondere Nachteile erspart bleiben, die sich aus einer behinderungsbedingten Minderung des ursprünglichen Arbeitsentgelts ergeben könnten; Ähnliches gilt für die "unbillige Härte" iS der Vorschriften für die Unfallversicherung und die Arbeitslosenversicherung (vgl etwa Urteil des Sächsischen LSG vom 12. Februar 1999 - L 2 U 7/98 - HV-INFO 1999, 445 mwN). Insofern lässt sich in der Tat eine gewisse Verwandtschaft zum Berufsschutz erkennen, bei dem an den Status des gesunden Versicherten angeknüpft und die dabei erreichte Absicherung fortgeführt wird. Es handelt sich aber um einen atypischen Fall, der den Versicherungstatbestand des § 5 Abs 1 Nr 6 SGB V nicht entscheidend prägt. Das wird dadurch unterstrichen, dass die erwähnte zweite Fallgestaltung nicht auf vergleichbare Erwägungen zurückzuführen ist und dass beide Varianten in der amtlichen Überschrift des § 48 SGB IX als "Sonderfälle" bezeichnet werden (ebenso in der Überschrift zum bisher geltenden § 165 SGB III). Deshalb bleibt es dabei, dass die Arbeitsunfähigkeit des Klägers trotz der zwischenzeitlichen Versicherung als Rehabilitand nicht unter Berücksichtigung der besonderen gesundheitlichen Anforderungen im Beruf als Dreher oder in einem anderen Beruf zu beurteilen ist.

Die Arbeitsunfähigkeit des Klägers war auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Fähigkeit zur Fortsetzung der Rehabilitationsmaßnahme zu prüfen, sodass unentschieden bleiben kann, welche Bedeutung der Teilnahmefähigkeit im Rahmen der Versicherung nach § 5 Abs 1 Nr 6 SGB V im Einzelnen zukommt. Die Aufrechterhaltung des Versicherungsverhältnisses nach § 192 Abs 1 Nr 2 SGB V hat hier anders als bei der Beschäftigtenversicherung nicht zur Folge, dass die Arbeitsunfähigkeitskriterien im Wesentlichen unverändert fortgelten. Denn auf die Teilnahmefähigkeit kann es nur ankommen, solange unterstellt werden kann, die Wiederaufnahme der Rehabilitation werde durch die Erkrankung verhindert. Dafür fehlt nach dem krankheitsbedingten Abbruch der Maßnahme die Grundlage. Denn erst das auf einen neuen Antrag des Klägers durchzuführende Verwaltungsverfahren konnte je nach persönlicher Eignung und sonstigen Erfolgsbedingungen ergeben, ob eine ähnliche Maßnahme mit demselben Rehabilitationsziel zu gewähren war oder ob ein anderes Rehabilitationsziel verfolgt werden musste; davon wären auch die gesundheitlichen Anforderungen an die Teilnahme abhängig gewesen. Das wird durch den tatsächlichen Verlauf belegt: Während dem Kläger ursprünglich eine Fortbildung zum Arbeitsvorbereiter bewilligt worden war, durchlief er später eine Berufsfindungsmaßnahme. Das Ergebnis derartiger Prüfungen kann nicht im Rahmen der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit vorweggenommen werden, zumal zunächst offen ist, ob ein erneuter Rehabilitationsantrag überhaupt gestellt wird. In der Zwischenzeit richtet sich die Arbeitsunfähigkeit daher nach dem allgemeinen Kriterium der Einsatzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt, der - wie bereits ausgeführt - für den schon länger arbeitslosen Kläger qualitativ nicht eingeschränkt war.

An die ursprüngliche Beschäftigung als Dreher kann schließlich auch mit Rücksicht auf die im Revisionsverfahren behauptete durchgehende Arbeitsunfähigkeit oder mit Rücksicht auf einen denkbaren früheren - in die Zeit der Beschäftigung zurückreichenden - Krankheitsbeginn nicht angeknüpft werden. Selbst wenn entsprechende Feststellungen getroffen werden könnten, wäre dadurch der Verlust des Berufsschutzes nach über sechsmonatiger Zugehörigkeit zur KVdA nicht in Frage gestellt. Deshalb hat das LSG zu Recht davon abgesehen, den Sachverhalt in dieser Richtung weiter aufzuklären.

Der Wechsel von der Beschäftigtenversicherung zu einem Versicherungsverhältnis ohne Berufsschutz lässt diesen grundsätzlich entfallen - unabhängig davon, ob der Versicherte zu diesem Zeitpunkt "eigentlich" bereits als arbeitsunfähig anzusehen wäre. Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Beschäftigtenversicherung ist nach § 192 Abs 1 Nr 2 SGB V nicht das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit, sondern ein Anspruch auf Krankengeld; dieser setzt neben Arbeitsunfähigkeit nach § 46 Satz 1 SGB V in der hier einschlägigen Alternative deren ärztliche Feststellung voraus. Ohne (vertrags-) ärztliche Feststellung kann nach dieser Vorschrift kein Anspruch entstehen. Damit sollen Missbrauch und praktische Schwierigkeiten vermieden werden, zu denen nachträgliche Behauptungen und rückwirkende Bescheinigungen beitragen könnten (vgl BSGE 24, 278 = SozR Nr 16 zu § 182 RVO mwN zur Entstehungsgeschichte der im SGB V insoweit unveränderten Bestimmung; BSGE 26, 111 = SozR Nr 19 zu § 182 RVO). Diese Gründe stehen auch einer Zurückverlegung des Berufsschutzes auf den Zeitpunkt des "wirklichen" Beginns der Arbeitsunfähigkeit entgegen. Denn die gewonnene Rechtssicherheit für den Beginn des Anspruchs würde in den Fällen eines möglichen Berufsschutzes wieder zunichte, wenn deshalb über den genauen Krankheitsverlauf gestritten werden könnte.

Die Gegenmeinung des LSG Baden-Württemberg (Urteil vom 12. Dezember 1997 - L 4 Kr 1128/95 - EzS 90/211 = E-LSG KR-140) überzeugt den Senat nicht. Für das Verständnis von § 46 SGB V als Vorschrift über den Zahlungsanspruch, während der "Grundanspruch" bereits durch den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit entstehe, bietet das Gesetz keinen Anhalt, wie sich bereits aus dem Begriff der "Anspruchsentstehung"

ergibt. Vor allem trifft auch nicht zu, dass dem Versicherten andernfalls Ansprüche ganz entgehen können, wenn er seine Arbeitsunfähigkeit beispielsweise erst nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses feststellen lässt: Er hat entweder vorher das Arbeitsamt aufgesucht und dort Leistungen beantragt, sodass er Leistungsfortzahlung erhält, oder ihm steht ein nachgehender Anspruch nach § 19 Abs 2 SGB V zu.

Freilich kann nicht bestritten werden, dass sich die wortlautgetreue Anwendung von § 46 SGB V für den Versicherten in der Regel ungünstig auswirkt. Der Senat sieht es aber als Widerspruch zur gesetzlichen Wertung, wenn die zeitliche Begrenzung des nachgehenden Anspruchs auf einen Monat mit dem Hinweis darauf unterlaufen werden könnte, dass ein einzelnes Anspruchselement in die Zeit des Versicherungsverhältnisses zurückreicht. Die in § 19 Abs 1 SGB V niedergelegte Entscheidung des Gesetzgebers, mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses alle daraus abzuleitenden Ansprüche erlöschen zu lassen, lässt auch eine Entstehung von Ansprüchen nach dem Versicherungsende nicht zu (vgl für die Fälle des Kassenwechsels nochmals BSGE 89, 86, 87 = SozR 3-2500 § 19 Nr 4 S 18). Die faktische Benachteiligung von Versicherten, die ihre Krankheit zunächst ohne Feststellung von Arbeitsunfähigkeit zu überwinden suchen, muss ebenfalls hingenommen werden, denn sie hängt mit den zwangsläufigen Schwierigkeiten der genauen Ermittlung der Leistungsfähigkeit bei allmählicher Krankheitsverschlimmerung zusammen. Die dadurch bedingten Unzuträglichkeiten im Grenzfall lassen sich nicht dadurch vermeiden, dass die in jedem Fall gebotene Stichtagsregelung auf ein anderes, aber im Grenzfall ebenso wenig präzise zu ermittelndes Ereignis wie den "wirklichen" Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder den Beginn der den Versicherten arbeitsunfähig machenden Erkrankung angewandt wird.

Daneben ist einzuräumen, dass in Rechtsprechung und Literatur regelmäßig vom "Eintritt der Arbeitsunfähigkeit" als dem maßgeblichen Zeitpunkt für die Begründung des Anspruchs die Rede ist, ohne dass ausdrücklich geklärt wird, ob die "festgestellte" oder die "wirkliche" Arbeitsunfähigkeit gemeint ist (stellvertretend: RVA AN 1943, 145; BSGE 45, 126 = SozR 2200 § 182 Nr 26; Höfler in Kasseler Komm § 44 SGB V, RdNr 6 f und die dort genannte Rechtsprechung; Schmidt in Peters, Handbuch der KV, Stand Oktober 2001, § 44 SGB V, RdNr 35). Da der Versicherte offenbar in keiner der in diesem Zusammenhang erörterten Entscheidungen einen früheren als den ärztlich festgestellten Beginn der Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht hatte, wird mit der vereinfachten Ausdrucksweise der Sachverhalt regelmäßig zutreffend umschrieben, ohne dass daraus auf eine andere Rechtsauffassung zur Bedeutung der ärztlichen Feststellung geschlossen werden könnte. Das gilt auch für die entsprechende Verallgemeinerung des Regelfalls im Gesetzeswortlaut. In der KVdA ordnet § 47b Abs 1 Satz 2 SGB V (früher § 158 Abs 1 Satz 2 AFG) die Gewährung von Krankengeld vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an. Mit Rücksicht auf § 46 Satz 1 Nr 2 SGB V ist dieser Bestimmung dennoch nicht zu entnehmen, dass es - anders als bei allen anderen Krankenversicherungsverhältnissen - insoweit auf den wirklichen Beginn der Arbeitsunfähigkeit und nicht auf die ärztliche Feststellung ankommen soll.

Dieselben Argumente stehen der Berücksichtigung des Beginns der Erkrankung als dem für den Berufsschutz maßgeblichen Zeitpunkt entgegen. Für die anders lautende Auffassung des LSG Rheinland-Pfalz im Urteil vom 7. Juni 2001 (L 5 KR 67/00, dazu Revisionsverfahren B 1 KR 32/01 R mit Senatsurteil vom 19. September 2002) kann die bisherige Rechtsprechung des BSG nicht herangezogen werden. Das LSG Rheinland-Pfalz bezieht sich auf die schon erwähnten Entscheidungen des 7. Senats des BSG vom 25. Juli 1985 (BSG SozR 4100 § 105b Nr 4) und des erkennenden Senats vom 28. September 1993 (BSGE 73, 121 = SozR 3-4100 § 158 Nr 1)und vom 3. November 1993 (BSG SozR 3-2500 § 48 Nr 5), in denen zwischen dem Beginn der Erkrankung und dem Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeitsfeststellung jedoch nicht differenziert wird. Selbst auf der Grundlage der "Lehre von der Einheit des Versicherungsfalls" hätte die frühere Rechtsprechung die bei der Prüfung der Arbeitsunfähigkeit nicht am Maßstab derjenigen Tätigkeit geprüft, die der Versicherte zu Beginn der Erkrankung ausgeübt hatte. Denn von der damaligen Lehre wurden gerade für die Anspruchshöhe und für einzelne Anspruchselemente schon sehr früh Ausnahmen gemacht und nicht auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalls der Krankheit, sondern auf den Zeitpunkt des Leistungsfalls abgestellt. Das galt zunächst für das bei der Höhe des Krankengeldes zu berücksichtigende Arbeitsentgelt (RVA AN 1943, 145 sowie stellvertretend BSGE 5, 283, 286 f), wurde aber auch für die Bezugstätigkeit bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit angenommen (RVA aaO; BSGE 5, 283, 287 f; BSGE 32, 18, 20 f = SozR Nr 40 zu § 182 RVO). Auch wenn es dabei entsprechend dem früheren Denkansatz regelmäßig nicht um den Verlust des Berufsschutzes wegen eines anderen Versicherungstatbestands, sondern wegen einer Zwischenbeschäftigung ging, ist diesen Beispielen zu entnehmen, dass auch die Lehre von der Einheit des Versicherungsfalls nicht dazu zwingen würde, bei der Frage des Berufsschutzes auf einen anderen Zeitpunkt als denjenigen der Anspruchsentstehung abzustellen. Deshalb ist grundsätzlich der Versicherungsschutz maßgebend, der zum Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit besteht.

Davon ist nur unter engen Voraussetzungen eine Ausnahme zu machen. Das Gesetz geht grundsätzlich davon aus, dass der in seiner Arbeitsfähigkeit betroffene Versicherte selbst die notwendigen Schritte unternimmt, um eine mögliche Arbeitsunfähigkeit feststellen zu lassen und seine Ansprüche zu wahren. Deshalb kann ein Versicherter, der das Ende der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit akzeptiert und über Monate hinweg Leistungen wegen Arbeitslosigkeit bezieht, die er bei Arbeitsunfähigkeit nicht erhalten dürfte, mit der nachträglichen Behauptung, er sei die ganze Zeit über zu Unrecht als arbeitslos statt als arbeitsunfähig behandelt worden, nicht mehr gehört werden. Die fehlende Feststellung oder Meldung der Arbeitsunfähigkeit kann ihm nur dann ausnahmsweise nicht entgegengehalten werden, wenn er seinerseits alles in seiner Macht Stehende getan hat, um seine Ansprüche zu wahren, daran aber durch eine von der Krankenkasse zu vertretende Fehlentscheidung gehindert wird (vgl Senatsurteil vom 8. Februar 2000 - BSGE 85, 271, 276 f = SozR 3-2500 § 49 Nr 4 S 16 f). Damit hat der Senat auf Grundsätze zurückgegriffen, die schon zum alten Recht entwickelt worden waren und durch das SGB V nicht überholt sind (erstmals wohl BSGE 25, 76 = SozR Nr 18 zu § 182 RVO; BSGE 54, 62 = SozR 2200 § 182 Nr 84; Schmidt in Peters, Handbuch der KV, Stand Oktober 2001, § 46 SGB V RdNr 33 mwN).

Auf den Fall des Klägers gewendet, bedeutet dies, dass eine auf den Beruf als Dreher bezogene Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit allenfalls Platz greifen könnte, wenn der Wechsel zur KVdA im Juli 1995 von der Krankenkasse rechtswidrig veranlasst worden wäre, denn dann hätte er nicht zum Verlust eines in Wahrheit zustehenden Schutzes aus der Beschäftigtenversicherung führen dürfen. Der vom LSG festgestellte Sachverhalt bietet jedoch keinerlei Anhalt dafür, dass sich die Beklagte in diesem Zusammenhang rechtswidrig verhalten habe und deshalb für den Verlust des Berufsschutzes des Klägers in irgendeiner Form verantwortlich sein könnte. Dem Vorbringen des Klägers im Gerichtsverfahren sind ebenfalls keine Hinweise in dieser Richtung zu entnehmen. Im Übrigen ist anzumerken, dass die Überbrückung der über zweijährigen Lücke vom Juli 1995 bis zum August 1997 durch einen Krankengeldanspruch schon deshalb kaum möglich gewesen wäre, weil dieser Anspruch nach spätestens 78 Wochen erschöpft gewesen wäre, es sei denn, die Lage im ersten und zweiten Dreijahreszeitraum hätte ausnahmsweise eine längere Bezugszeit erlaubt.

Da das LSG die Klage demnach zu Recht abgewiesen hat, konnte die Revision des Klägers keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2003-08-20