

L 11 KR 4592/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 KR 2963/13
Datum
26.09.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 4592/14
Datum
11.05.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26.09.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung von Krankengeld (Krg) für den Zeitraum 15.06. bis 26.07.2013.

Der 1967 geborene Kläger war als Servicekraft versicherungspflichtig beschäftigt und bei der Beklagten krankenversichertes Mitglied. Ab 02.04.2013 war der Kläger wegen Gonarthrose, Valgusdeformität und Monarthritits arbeitsunfähig krank. Der Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin Dr S. stellte am gleichen Tag Arbeitsunfähigkeit (AU) fest. Das Arbeitsverhältnis endete durch arbeitgeberseitige Kündigung zum 30.04.2013. Die Beklagte zahlte anschließend Krg bis 14.06.2013. Ab 01.07.2013 bezog der Kläger Grundsicherungsleistungen für Arbeitsuchende. Dr S. attestierte wegen der og Diagnosen folgende AU-Zeiten: AU festgestellt am mit voraussichtl Ende der AU 02.04.2013 AUB 12.04.2013 15.04.2013 AUB 26.04.2013 25.04.2013 AUB 16.05.2013 15.05.2013 AUB 14.06.2013 15.05.2013 Auszahlungsschein 14.06.2013 17.06.2013 AUB 05.07.2013 05.07.2013 AUB 26.07.2013 05.07.2013 Auszahlungsschein 26.07.2013

Mit Bescheid vom 17.06.2013 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass er nur bis 14.06.2013 aufgrund des Bezugs von Krg versichert gewesen sei. Bei Feststellung der AU am 17.06.2013 bestehe keine Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krg, so dass ab dem 15.06.2013 kein Anspruch mehr auf Krg bestehe.

Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 02.08.2013 zurück. Die über den Bezug von Krg aufrechterhaltene Mitgliedschaft des Klägers habe am 14.06.2013 geendet. Aufgrund der ärztlichen Feststellung am 17.06.2013 könne frühestens am 18.06.2013 ein Anspruch auf Krg entstehen, zu diesem Zeitpunkt sei der Kläger jedoch nicht mehr mit Anspruch auf Krg versichert gewesen.

Hiergegen richtet sich die am 22.08.2013 zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhobene Klage. Der Kläger macht geltend, dass er sich am 14.06.2013 bei seinem Hausarzt Dr S. habe vorstellen wollen, dieser habe jedoch Urlaub gehabt. Der Vertretungsarzt Dr R. sei ebenfalls in Urlaub gewesen. Den weiteren Vertretungsarzt Dr S. habe er mittags telefonisch erreicht, dieser habe jedoch gesagt, der Kläger könne nicht mehr vorbeikommen. Bei weiteren Vertretern sei er telefonisch nicht durchgekommen. Die Verspätung könne dem Kläger nicht zugerechnet werden, so dass die ärztliche Feststellung rückwirkend nachgeholt werden könne. Die Berufung auf die geringfügige Verzögerung sei mit Treu und Glauben nicht vereinbar.

Mit Urteil vom 26.09.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, der Kläger sei ab 15.06.2013 nicht mehr mit Anspruch auf Krg versichert gewesen, er sei auch nicht so zu stellen, als habe er noch am letzten Tag des Krg-Bezugs (14.06.2013) eine ärztliche Feststellung der AU herbeigeführt. Nach [§ 46 Abs 1 Satz 1 Nr 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) entstehe der Anspruch auf Krg am Tag nach der ärztlichen Feststellung der AU. Bei fortdauernder AU, aber abschnittsweiser Krg-Bewilligung sei jeder Bewilligungsabschnitt eigenständig zu prüfen. Für die Aufrechterhaltung des Krg-Anspruchs sei deshalb erforderlich, dass die AU vor Ablauf des Krg-Bewilligungsabschnitts erneut ärztlich festgestellt wird. Gemessen an der gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei die AU bis 14.06.2013 (Freitag) bescheinigt worden, eine weitere AU-Bescheinigung sei erst am Montag, 17.06.2013 ausgestellt worden, so dass die den Krg-Anspruch vermittelnde Mitgliedschaft des Klägers mit Ablauf des 14.06.2013 geendet habe und er danach nicht mehr nach [§ 192 Abs 1 Nr 2 SGB V](#) mit Anspruch auf Krg versichert gewesen sei. Zwar möge es schwierig

gewesen sein, am 14.06.2013 noch einen Arzt zu konsultieren, der eine AU hätte bescheinigen können, dies sei aber nicht unmöglich gewesen. Der Kläger habe auch keinen nachgehenden Leistungsanspruch nach [§ 19 Abs 2 SGB V](#), denn der nachgehende Leistungsanspruch nach dieser Vorschrift verdränge die vorrangige Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) nur dann, wenn bei prognostischer Betrachtung davon auszugehen sei, dass der Versicherte innerhalb eines Monats eine andere Absicherung im Krankheitsfall erlangen werde. Dies sei hier nicht der Fall. Bis 30.06.2013 habe Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) bestanden, danach gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 2a SGB V](#), mithin ohne Anspruch auf Krg. Darüber hinaus bestünden erhebliche Zweifel, ob ab 14.06.2013 der Nachweis fortbestehender AU erbracht werden könne.

Gegen das seiner Bevollmächtigten am 08.10.2014 zugestellte Urteil richtet sich die am 06.11.2014 eingelegte Berufung des Klägers. Zur Begründung der Berufung wird vorgetragen, der Anspruch setze nach seinem Wortlaut lediglich das Vorliegen einer fortdauernden AU voraus. Das SG gehe davon aus, dass unabhängig vom Vorliegen der AU eine ärztliche Bescheinigung vorliegen müsse. Dabei liege kein einziger rechtlicher Anhaltspunkt vor, überhaupt eine Auslegung der Norm über den Wortlaut hinaus vorzunehmen. Eine Auslegung nach Gesetzessystematik, Entstehungsgeschichte und Regelungszweck ergebe nichts anderes (unter Hinweis auf SG M. 04.06.2014, S 3 KR 2.). Die Annahme, dass bereits eine Lücke von ein bis zwei Tagen den Versicherungsschutz nach [§ 192 SGB V](#) enden lasse, verstoße gegen die Grenzen der Auslegung des [§ 46 Satz 1 SGB V](#). Es bestünden vorliegend auch keine Zweifel am durchgehenden Vorliegen von AU.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26.09.2014 und den Bescheid der Beklagten vom 17.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.08.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Krankengeld über den 14.06.2013 hinaus bis einschließlich 26.07.2013 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das Urteil des SG weise nach ihrer Auffassung weder formelle noch materielle Fehler auf und müsse daher Bestand haben.

Der Senat hat den Prozesskostenhilfeantrag des Klägers mit Beschluss vom 29.01.2015 wegen fehlender Erfolgsaussichten der Berufung abgelehnt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Die nach den [§§ 143, 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist statthaft und zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, da der Bescheid der Beklagten vom 17.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.08.2013 rechtmäßig ist und den Kläger nicht in seinen Rechten verletzt. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Krg für den Zeitraum 15.06. bis 26.07.2013.

Der Senat weist die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richter gemäß [§ 153 Abs 4 SGG](#) zurück, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise im Erörterungstermin am 28.04.2015 gehört worden.

Rechtsgrundlage des Anspruchs auf Krg sind die [§§ 44 ff SGB V](#). Nach [§ 44 Abs 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krg, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden. Der Anspruch auf Krg entsteht bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von ihrem Beginn an, im Übrigen von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt ([§ 46 Satz 1 Nr 2 SGB V](#)). Grundsätzlich setzt daher der Anspruch auf Krg die vorherige ärztliche Feststellung der AU voraus. Dem Attest des behandelnden Arztes mit der Feststellung der AU kommt lediglich die Bedeutung einer gutachtlichen Stellungnahme zu, welche die Grundlage für den über den Krg-Bezug zu erteilenden Verwaltungsakt der Krankenkasse bildet, ohne dass Krankenkasse und Gerichte an den Inhalt der ärztlichen Bescheinigung gebunden sind (BSG 08.11.2005, B 1 KR 1. R, [SozR 4-2500 § 44 Nr 7](#)).

Die Voraussetzungen eines Krg-Anspruchs, also nicht nur die AU, sondern auch die ärztliche Feststellung der AU, müssen bei zeitlich befristeter AU-Feststellung und dementsprechender Krg-Gewährung für jeden Bewilligungsabschnitt jeweils erneut vorliegen (st Rspr BSG 26.06.2007, B 1 KR 8. R, [SozR 4-2500 § 44 Nr 12](#); zuletzt BSG 16.12.2014, B 1 KR 1. R, B 1 KR 2. R und B 1 KR 3. R). Zudem muss der Versicherte die AU und deren Fortdauer grundsätzlich rechtzeitig ärztlich feststellen lassen und seiner Krankenkasse gemäß [§ 49 Abs 1 Nr 5 SGB V](#) melden (BSG 08.11.2005, B 1 KR 3. R, [SozR 4-2500 § 46 Nr 1](#)). Der abweichenden Auffassung des SG M. folgt der Senat nicht.

Die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ist keine reine Formalität, sondern Voraussetzung der Entstehung des Anspruchs auf Krankengeld. Mit dem Erfordernis vorgeschalteter ärztlich festzustellender Arbeitsunfähigkeit sollen beim Krankengeld Missbrauch und praktische Schwierigkeiten vermieden werden, zu denen die nachträgliche Behauptung der AU und deren rückwirkende Bescheinigung beitragen könnten. Als Regelfall geht das Gesetz davon aus, dass der in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigte Versicherte selbst die notwendigen Schritte unternimmt, um die mögliche Arbeitsunfähigkeit feststellen zu lassen und seine Ansprüche zu wahren. Mit Blick darauf muss die AU nach der ständigen Rechtsprechung des BSG der Krankenkasse vor jeder erneuten Inanspruchnahme des Krankengeldes auch dann angezeigt werden, wenn sie seit ihrem Beginn ununterbrochen bestanden hat. Auch dann muss der Versicherte die Fortdauer der AU grundsätzlich rechtzeitig vor Ablauf der Befristung der bisherigen Attestierung ärztlich feststellen lassen und seiner Krankenkasse melden, wenn er das Erlöschen oder Ruhen des Leistungsanspruchs vermeiden will. Sowohl bei der ärztlichen Feststellung als auch der Meldung der

Arbeitsunfähigkeit handelt es sich um eine Obliegenheit des Versicherten; die Folgen einer unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen Feststellung oder Meldung sind deshalb grundsätzlich von ihm zu tragen. Regelmäßig ist danach die Regelung des [§ 46 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) strikt zu handhaben (BSG 08.11.2005, B 1 KR 3., [BSGE 95, 219](#), [SozR 4-2500 § 46 Nr 1](#); vgl auch BSG 10.05.2012, B 1 KR 2. R, (juris)). Die Obliegenheit zur rechtzeitigen Meldung entfällt selbst dann nicht, wenn das Ende der Frist auf einen Sonntag fällt oder der Arzt den Versicherten nicht oder unzutreffend rechtlich beraten hat (BSG 04.03.2014, B 1 KR 1. R, SozR 4-2500 § 192 Nr 6).

Das bei Entstehen eines Anspruchs auf Krankengeld bestehende Versicherungsverhältnis bestimmt, wer in welchem Umfang als "Versicherter" Anspruch auf Krankengeld hat. Zwar endet nach [§ 190 Abs 2 SGB V](#) die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter mit Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis gegen Arbeitsentgelt endet. Nach [§ 192 Abs 1 Nr 2 SGB V](#) blieb die Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses zunächst unstreitig bis 14.06.2013 erhalten. Will ein Versicherter seine Mitgliedschaft als Beschäftigter in der gesetzlichen Krankenversicherung über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus durch einen Anspruch auf Krg aufrechterhalten, muss er seine AU vor Ablauf jedes Krankengeldbewilligungsabschnitts erneut ärztlich feststellen lassen (BSG 04.03.2014, [B 1 KR 17/13 R](#), aaO). Dies ist hier nicht erfolgt. Am Tag nach erneuter ärztlicher Feststellung der AU, dem 18.06.2013 war der Kläger daher nicht mehr mit Anspruch auf Krg versichert. Weder die Auffangversicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) noch die Versicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr 2a SGB V](#) umfassen einen Anspruch auf Krg ([§ 44 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#)).

Zur Überzeugung des Senats ist auch kein Sachverhalt gegeben, bei dem die AU-Feststellung für einen weiteren Bewilligungsabschnitt ausnahmsweise hätte nachgeholt werden können. Zwar ist als Ausnahme nach der ständigen Rechtsprechung des BSG eine Möglichkeit der Nachholung gegeben, wenn der Versicherte wegen Geisteskrankheit geschäftsunfähig und ein gesetzlicher Vertreter nicht vorhanden war und wenn der Versicherte aufgrund dieses Umstandes nicht in der Lage gewesen ist, die für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit obligatorischen Handlungen vorzunehmen. In diesen eng begrenzten Fällen ist ausnahmsweise eine Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nicht erforderlich. Dasselbe dürfte auch gelten, wenn der Versicherte sich in einer vergleichbaren Situation befindet, die aber so außergewöhnlich und dringend sein muss, ihn gewissermaßen handlungsunfähig macht (Meyerhoff, in *Juris-PK - SGB V*, 2. Aufl 2012, § 46 RdNr 27). Ein derartiger Ausnahmefall liegt hier ersichtlich nicht vor. Der Kläger hat seine Obliegenheit auch nicht damit erfüllt, dass er die Vertretungsärzte seines Hausarztes (vergeblich) telefonisch kontaktiert hat. Er hätte jeden zugelassenen Vertragsarzt aufsuchen können.

Der geltend gemachte Krg-Anspruch lässt sich auch nicht über [§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) begründen. Ist die Mitgliedschaft auch unter Berücksichtigung der Erhaltungstatbestände in [§ 192 SGB V](#) beendet, besteht gemäß [§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) noch ein nachgehender Leistungsanspruch (ggf auch auf Krg) längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Der beitragsfreie, nachwirkende Versicherungsschutz dient der Vermeidung sozialer Härten. Er soll verhindern, dass Betroffene bei kurzzeitigen Beschäftigungslücken, etwa einem Arbeitsplatzwechsel, vorübergehend keinen Krankenversicherungsschutz haben. Da [§ 19 Abs 2 Satz 1](#) eine Ausnahmenvorschrift zur Vermeidung sozialer Härten darstellt, entfallen die Schutzbedürftigkeit und damit der gesetzgeberische Grund für die Gewährung eines über das Mitgliedschaftsende hinausreichenden, begrenzten, beitragsfreien Versicherungsschutzes, wenn es keine Sicherungslücke (mehr) gibt. Eine solche Lücke ist nicht gegeben, wenn entweder unmittelbar im Anschluss eine bisherige Pflichtmitgliedschaft oder zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb der Monatsfrist des [§ 19 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) ein neues Versicherungsverhältnis begründet wird (BSG 26.06.2007, B 1 KR 2. R, juris). Das aktuelle Versicherungsverhältnis hat mithin Vorrang gegenüber dem nachgehenden Anspruch. Ein solcher Vorrang besteht sowohl hinsichtlich der Auffangversicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) (BSG 04.03.2014, B 1 KR 6. R, SozR 4-2500 § 5 Nr 22) als auch der Versicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr 2a SGB V](#) (BSG 06.11.2008, B 1 KR 3. R, [SozR 4-2500 § 44 Nr 15](#)).

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-05-13