

L 4 KR 145/03

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 18 KR 352/01

Datum

27.02.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KR 145/03

Datum

18.05.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 1 KR 102/06 B

Datum

11.12.2006

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 27.02.2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist Krankengeld vom 01.01.2001 bis 28.02.2001.

Der 1967 geborene Kläger war bis 29.02.2000 versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten und anschließend privat gegen Krankheit versichert.

Die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Nervenärzte Dres. S. und Z. (P.) bescheinigten dem Kläger am 31.10.2000, 09.11. 2000 und 30.11.2000 durchgehende Arbeitsunfähigkeit mit der Diagnose F32.1 (mittelgradige depressive Episode), ab 30.11.2000 mit der Diagnose F32.2 (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome) und mit den weiteren Folgebescheinigungen vom 03.01.2001, 29.01.2001 und 28.02.2001 ohne Angabe einer Diagnose. In den Kopfzeilen der auf dem amtlichen Vordruck erstellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen stand jeweils: "Privatversicherung n.n.b.1". Der Arbeitgeber (H.) gewährte Lohnfortzahlung bis 11.12.2000.

Er teilte am 14.12.2000 dem Kläger schriftlich mit, dass er ab 01.01.2001 mit seinem Grundgehalt unter der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung liege. Mitarbeiter, die bisher in einer privaten Krankenkasse versichert waren, wurden um Mitteilung an den Arbeitgeber gebeten, welche Pflichtkrankenkasse sie zum 01.01.2001 wählen möchten. Der Kläger gab am 28.12.2000 als gewählte Krankenkasse die Beklagte an. Am 09.03.2001 leitete er der Beklagten mit Fax das Antragsformular über die Aufnahme als Mitglied bei ihr und ihrer Pflegekasse zu, das er am gleichen Tage von ihr erhalten hatte. Er gab hier ein monatliches Bruttogehalt von 5.925,00 DM bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38 Stunden an.

Die genannten Arbeitsunfähigkeitbescheinigungen gingen bei der Beklagten am 12.03.2001 ein; der Kläger übersandte ihr am 28.03.2001 einen Abdruck dieser Bescheinigungen ein weiteres Mal. Der frühere Klägerbevollmächtigte beantragte bei der Beklagten am 12.03.2001 die Feststellung der Pflichtversicherung; der Arbeitgeber weigerte sich, den Kläger rückwirkend ab 01.01.2001 anzumelden. Eine Befreiung habe der Kläger nicht beantragt.

Mit Fax vom 15.03.2001 beantragte der Kläger bei der Beklagten Krankengeld. Die Beklagte hatte am 13.03.2001 dem Kläger eine Bescheinigung über die Kranken- und Pflegeversicherung erteilt, dass er seit 01.01.2001 versicherungspflichtiges Mitglied der Kasse ist. Am 16.03.2001 übersandte sie ihm ein Begrüßungsschreiben sowie die Versichertenkarte. Sie lehnte mit Bescheid vom 26.03.2001, der an den Kläger gerichtet war, die Zahlung von Krankengeld ab; die Meldung der Arbeitsunfähigkeit sei am 12.03.2001 eingegangen. Die Meldefrist betrage eine Woche, wegen Überschreitung dieser Frist sei das Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld eingetreten.

Der Kläger bestätigte mit Schreiben vom 27.03.2001, dass er am 09.03.2001 die Mitgliedschaft bei der Beklagten beantragt und am 09.03.2001 mit Einschreiben die Arbeitsunfähigkeitbescheinigungen an die Geschäftsstelle der Beklagten in S. übersandt habe; am gleichen Tage informierte er die Geschäftsstelle der Beklagten in M. über diesen Sachverhalt und beantragte wieder Krankengeld. Der frühere Klägerbevollmächtigte legte am 04.04.2001 gegen den Bescheid Widerspruch ein.

Die Beklagte stellte mit Bescheid vom 06.04.2001 fest, dass die Mitgliedschaft des Klägers ab 01.01.2001 zu Unrecht zustandegekommen sei; sie sei rückwirkend zu stornieren.

Sie wies mit Widerspruchsbescheid vom 04.05.2001 den Widerspruch zurück. Die Arbeitsunfähigkeit sei ihr erst am 12.03.2001 angezeigt worden. Das Berufen auf das Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld sei kein Verstoß gegen Treu und Glauben. Der im Jahr 2000 noch privat gegen Krankheit versicherte Kläger durfte vom Beginn der Mitgliedschaft ab 01.01.2001 ausgehen. Er durfte nicht annehmen, dass sein behandelnder Arzt während des Zeitraums der Entgeltfortzahlung die Meldung an die Krankenkasse vornehme; dem behandelnden Arzt sei die gesetzliche Krankenversicherung des Klägers ab 01.01.2001 nicht bekannt gewesen und der Kläger durfte auch ab diesem Zeitpunkt eine Meldung des Arztes an die Beklagte nicht erwarten. Die fristgemäße Meldung der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Kasse sei daher dem Verantwortungsbereich des Klägers zuzuordnen.

Der frühere Klägerbevollmächtigte hat am 09.05.2001 beim SG Klage auf Zahlung von Krankengeld vom 01.01.2001 bis 28.02.2001 erhoben. Die Beklagte handle rechtsmissbräuchlich, wenn sie sich auf die Ruhensvorschrift berufe. Der Kläger habe erst am 09.03.2001 das Antragsformular der Mitgliedschaft zur Beklagten erhalten, dieses am gleichen Tage ausgefüllt und mit Fax an die Beklagte übersandt. Die Beklagte habe am 13.03.2001 die Mitgliedschaft bescheinigt und am 16.03.2001 die Versichertenkarte übersandt. Die Anmeldung zur Beklagten durch den Arbeitgeber sei am 25.03.2001 erfolgt.

Mit Schreiben vom 07.10.2001 hat der Kläger geltend gemacht, er habe bereits am 31.01.2001 und sein früherer Bevollmächtigter mit Schreiben vom 20.02.2001 die Beklagte gebeten, die Mitgliedschaft mit dem Arbeitgeber zu klären. Die Beklagte habe erst am 09.03.2001 hierauf reagiert. Sie habe durch einen Mitarbeiter Urkundenfälschung begangen. Er, der Kläger, habe seine Arbeitsunfähigkeit der Beklagten rechtzeitig angezeigt. Die Berufung auf die Fristversäumnis sei ein Verstoß gegen Treu und Glauben. Wegen der seit 01.01.2001 bestehenden Mitgliedschaft bei der Beklagten liege die Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt im Verantwortungsbereich der Krankenkasse.

Das SG hat den Arbeitgeber des Klägers um Auskunft gebeten, wann der Kläger die Kasse gewählt hat; hierauf hat der Arbeitgeber geantwortet, der Kläger habe ihm untersagt, Dritten Informationen über ihn und das Arbeitsverhältnis zu erteilen, sofern nicht eine von ihm unterzeichnete Entbindungserklärung vorgelegt werde. Die Klägerbevollmächtigte hat mit Schriftsatz vom 12.07.2002 mitgeteilt, der Kläger habe am 28.12.2000 die Beklagte als Pflichtkrankenkasse ab 01.01.2001 bestimmt und dies dem Arbeitgeber am gleichen Tage mitgeteilt. Die Beklagte hat mit Schreiben vom 23.09.2002 entgegnet, aufgrund der Kassenwahl am 28.12.2000 sei dem Kläger die zuständige Krankenkasse bekannt gewesen und er hätte die Arbeitsunfähigkeitbescheinigungen fristgemäß vorlegen können.

Das SG hat mit Urteil vom 27.02. 2003 die Klage abgewiesen. Für den Kläger habe ab 01.01.2001 Versicherungspflicht bestanden. Seinen Angaben zufolge habe er dem Arbeitgeber am 28.12.2000 mitgeteilt, dass er die Beklagte als Pflichtkrankenkasse ab 01.01.2001 gewählt habe. Die gesetzlich erforderliche Meldung der Arbeitsunfähigkeit wäre ihm im Hinblick darauf möglich und auch zumutbar gewesen. Die Meldung könne auch in mündlicher Form erfolgen; der Inhalt der vom Kläger angegebenen Telefonate mit ihm namentlich unbekannten Mitarbeitern der Beklagten sei für das Gericht jedoch nicht mit der erforderlichen Sicherheit zu ermitteln. Eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wegen Versäumnis der Meldefrist komme nicht in Betracht. Der Anspruch auf Krankengeld ruhe demzufolge auch dann, wenn der Versicherte ohne Verschulden verhindert war, die erforderliche Meldung zu erstatten. Der Kläger konnte nicht davon ausgehen, dass die rechtzeitige Meldung durch den Vertragsarzt vorgenommen werde, da die zur Vorlage bei der Kasse bestimmten Arbeitsunfähigkeitbescheinigungen ihm selbst ausgehändigt wurden und mit dem deutlichen Vermerk versehen waren, bei verspäteter Vorlage drohe Krankengeldverlust.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 04.07.2003. Trotz wiederholter telefonischer Nachfrage bei der Beklagten in den Geschäftsstellen in M. und S. wegen Bestätigung seiner Mitgliedschaft ab Anfang des Jahres 2001 und trotz Meldung seiner Erkrankung bei diesen Telefonaten, habe er in den Monaten Januar und Februar 2001 von der Beklagten weder ein Antragsformular noch eine Mitgliedschaftsbescheinigung und auch keine Versichertenkarte erhalten. Bei den Telefonaten am 03.01.2001 und Mitte Januar 2001 seien seine Mutter beziehungsweise eine Bekannte zugegen gewesen. Auch den Aufforderungen seines früheren Bevollmächtigten am 31.01.2001 und 20.02.2001, die Pflichtmitgliedschaft zu bestätigen, sei die Beklagte zunächst nicht nachgekommen. Er habe der Beklagten die Erkrankung im Januar 2001 gemeldet; das Berufen auf die Fristversäumnis sei rechtsmissbräuchlich. Er konnte nicht von einer Mitgliedschaft bei der Beklagten im Januar 2001 ausgehen. Er habe sich zu Recht zunächst um die schriftliche Anerkennung seiner Pflichtmitgliedschaft bemüht, bevor er seine Arbeitsunfähigkeitbescheinigungen an diese absandte. In der beigelegten eidesstattlichen Versicherung wird bestätigt, der Kläger habe Mitte Januar 2001 der Beklagten in S. seine Krankheit mitgeteilt und der Mitarbeiter der Beklagten habe zugesichert, die Angelegenheit mit der Stelle in M. abzuklären. Mit den weiteren Schriftsätzen hat die Klägerbevollmächtigte erneut auf die Kassenwahl am 28.12.2000 und die Telefongespräche des Klägers im Januar 2001 mit Meldung der Arbeitsunfähigkeit hingewiesen (Schreiben vom 16.10.2003, 19.12.2003, 03.03.2004).

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 27.02.2003 und den zugrunde liegenden Bescheid der Beklagten vom 26.03.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.05.2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger Krankengeld vom 01.01.2001 bis 28.02.2001 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Ansicht, der Kläger hätte rechtzeitig aufgrund der Wahl der Kasse am 28.12.2000 die Arbeitsunfähigkeit melden können. Der Inhalt der Telefongespräche mit den Mitarbeitern der Kasse sei nicht bekannt, da der Kläger deren Namen nicht angegeben habe. Das Schreiben des Klägers vom 31.01.2001 sei ihr nicht zugegangen und das Schreiben des früheren Klägerbevollmächtigten vom 20.02.2001 enthalte keinen Hinweis auf die Arbeitsunfähigkeit. Auffällig sei auch, dass der Kläger erst im Berufungsverfahren seine Mutter und eine Bekannte als Zeugen für die telefonische Meldung der Arbeitsunfähigkeit benenne.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt der beigezogenen Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Die Berufung ist unbegründet; das angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden.

Der Kläger hat im streitigen Zeitraum vom 01.01.2001 bis 28.02.2001 keinen Anspruch auf Krankengeld. Gemäß [§ 44 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch V (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- oder Rehabilitationseinrichtung ([§ 23 Abs. 4, § 24, 40 Abs. 2 und § 41](#)) behandelt werden.

Die Beklagte bestreitet die Arbeitsunfähigkeit nicht, macht aber zu Recht geltend, dass der Anspruch auf Krankengeld im Zeitraum geruht hat. Nach [§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) ruht dieser Anspruch, solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird; dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgt.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) liegt der Normzweck dieser Ruhensvorschrift darin, der Krankenkasse die Möglichkeit zu geben, durch den medizinischen Dienst ([§ 275 SGB V](#)) das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit überprüfen zu lassen sowie den Behandlungserfolg zu sichern und Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit einzuleiten. Die Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit soll daher zeitnah möglich sein (Kasseler Kommentar-Höfler, [§ 49 SGB V](#), Rdnr 2a m.w.N.). Die Meldung ist erst dann ordnungsgemäß, wenn die Versicherten auf die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) hinweisen und diese vorliegen (BSG vom 12.11.1985 [SozR 2200 § 216 Nr. 8](#)). Danach gehört zur Meldung der Arbeitsunfähigkeit notwendig der Hinweis auf ihre ärztliche Feststellung. Dies ergibt sich daraus, dass die ärztliche Feststellung anspruchsbegründend ist (vgl. nunmehr [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)). Ferner wird vorausgesetzt, dass die Meldung der Krankenkasse zugegangen sein muss und dem Versicherten zuzurechnen ist (Kasseler Kommentar, a.a.O., Rdnr 18 m.w.N.). Die Meldung der Arbeitsunfähigkeit ist eine Obliegenheit des Versicherten; wird diese nicht erfüllt, so ruht der Anspruch auf Krankengeld. Innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit kann die Meldung nachgeholt werden; der Anspruch auf Krankengeld ruht dann nicht. Bei dieser Wochenfrist handelt es sich nach allgemeiner Meinung um eine Ausschlussfrist mit der Folge, dass eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ausgeschlossen ist ([§ 27 Abs. 5](#) Sozialgesetzbuch X). Dies liegt in dem Zweck der Meldefrist, eine zeitnahe Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch die Krankenkasse zu ermöglichen. Die Meldung der Arbeitsunfähigkeit fällt grundsätzlich in den Verantwortungsbereich des Versicherten. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die Ausschlusswirkung auch dann bei verspäteter Meldung bejaht, wenn die Voraussetzungen des Anspruchs auf Krankengeld zweifelsfrei vorlagen, auch wenn ein Verschulden des Versicherten nicht festgestellt werden konnte (z. B. Verlust auf dem Postweg) oder der Vertreter des Versicherten ohne Verschulden an der Meldung verhindert war (Kasseler Kommentar, a.a.O., Rdnr 20 m.w.N.).

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung tritt ein Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld jedoch nicht ein, wenn die Berufung der Kasse auf die Fristversäumung rechtsmissbräuchlich wäre und einen Verstoß gegen Treu und Glauben darstellen würde. Die Rechtsprechung stellt hierbei auf den jeweiligen Verantwortungsbereich ab. Ist der Zugang der Meldung durch Umstände verhindert oder verzögert worden, die dem Verantwortungsbereich der Krankenkasse zuzuordnen sind, so darf diese sich nicht auf das Ruhen des Krankengeldanspruchs berufen. In den Bereich der Krankenkasse fällt demgemäß die Arbeitsunfähigkeitsmeldung bei Versicherten mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung, weil hier der Vertragsarzt die Meldung an die Krankenkasse vornimmt. Dies gilt auch, wenn der Kassenarzt irrtümlich ein Vordruckmuster verwendet, aufgrund dessen der Versicherte annehmen durfte, dass der Arzt die Krankenkasse von der Arbeitsunfähigkeit unterrichten werde (Kasseler Kommentar, a.a.O., Rdnr 21 m.w.H. auf die höchstrichterliche Rechtsprechung).

Auch die neuere Rechtsprechung des BSG hat die strenge Einhaltung der Meldung der Arbeitsunfähigkeit betont (BSG vom 08.02.2000 [SozR 3-2500 § 49 Nr. 4](#) = BSG 85,271; BSG vom 08.11.2005, Die Sozialgerichtsbarkeit 2006,37). In der erstgenannten Entscheidung hat das BSG ausgeführt, dass die Arbeitsunfähigkeit auch bei durchgehender Arbeitsunfähigkeit jeweils zu melden ist, wenn wegen der Befristung der bisherigen Krankschreibung über die Weitergewährung des Krankengelds neu zu befinden ist. Auch dann muss der Versicherte die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit rechtzeitig vor Fristablauf ärztlich feststellen lassen und seiner Krankenkasse melden, wenn er das Ruhen des Leistungsanspruchs vermeiden will. Die Folgen einer unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen Meldung sind grundsätzlich vom Versicherten zu tragen. Die Ausschlussregelung des [§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) ist strikt anzuwenden, da die Krankenkasse davon freigestellt werden soll, die Voraussetzungen eines verspätet angemeldeten Anspruchs im Nachhinein aufklären zu müssen und ihr die Möglichkeit erhalten werden muss, die Arbeitsunfähigkeit zeitnah durch den Medizinischen Dienst überprüfen zu lassen, um Leistungsmissbräuchen entgegenzutreten und Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsunfähigkeit einzuleiten zu können. In der Entscheidung vom 08.11.2005 hat das BSG ein weiteres Mal die zwingende Handhabung der Meldevorschrift zur Vermeidung von Leistungsmissbräuchen hervorgehoben. Ausnahmen können nur in engen Grenzen anerkannt werden, wenn die ärztliche Feststellung oder die Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch Umstände verhindert oder verzögert worden sind, die dem Verantwortungsbereich der Krankenkassen und nicht dem des Versicherten zuzurechnen sind. So kann sich beispielsweise die Kasse nicht auf den verspäteten Zugang der Meldung berufen, wenn dieser auf von ihr zu vertretenden Organisationsmängeln beruht und der Versicherte hiervon weder wusste noch wissen musste. Gleiches gilt, wenn die fehlende Arbeitsunfähigkeitsmeldung auf der unzutreffenden rechtlichen Bewertung der Krankenkasse hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit beruht. Hat jedoch ein Versicherter 1. alles in seiner Macht stehende und ihm zumutbare getan, um seine Ansprüche zu wahren, wurde er 2. daran aber durch eine von der Krankenkasse zu vertretende Fehlentscheidung gehindert und macht er 3. - zusätzlich - seine Rechte bei der Kasse unverzüglich (spätestens innerhalb der zeitlichen Grenzen des [§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#)) nach Erlangung der Kenntnis von dem Fehler geltend, kann er sich auf den Mangel auch zu einem späteren Zeitpunkt berufen.

Im vorliegenden Fall liegen keine Umstände vor, die auf einen Organisationsmangel der Beklagten beziehungsweise des die Arbeitsunfähigkeit attestierenden Vertragsarztes zurückzuführen sind. Selbst wenn die Behauptung des Klägers, er habe im Januar 2001 mehrmals der Beklagten seine Erkrankung telefonisch mitgeteilt, als wahr unterstellt wird, kann er nicht mit Recht im streitigen Zeitraum Krankengeld beanspruchen. Denn Tatsache ist, dass die Meldungen in der ordnungsgemäßen Form der Beklagten erst mehr als eine Woche nach dem Ende der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, nämlich am 12.03.2001 zugegangen sind. Es ist plausibel, dass die Beklagte im Januar

2001 die Meldung der Erkrankung nicht verwerten konnte, da zu diesem Zeitpunkt der Kläger die Beklagte noch nicht als zuständige Krankenkasse gewählt hatte. Die Beklagte musste aufgrund der Telefongespräche erst die Mitgliedschaft und Art der Versicherung des Klägers klären.

Auch wenn der Kläger angegeben hat, er habe Ende Dezember 2000 seinem Arbeitgeber die Wahl der Beklagten mitgeteilt, ergibt sich daraus noch nicht, dass der Beklagten diese Entscheidung des Klägers bereits im Januar und Februar 2001 bekannt war. Denn das Schreiben des Klägers über die Wahl der Beklagten ist nach den Angaben des Klägers im Verfahren vor dem SG der Beklagten frühestens am 09.03.2001, also gleichfalls nach dem Ende der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, zugegangen. Zwar hat die Beklagte dann rückwirkend zum 01.01.2001 den Beginn der Mitgliedschaft festgestellt, aber der Kläger trägt die Verantwortung für die Folgen der verspäteten Wahl selbst. Nach [§ 175 Abs. 1 SGB V](#) ist die Ausübung des Wahlrechts gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Die gewählte Krankenkasse hat gemäß [§ 175 Abs. 2 SGB V](#) nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. [§ 175 Abs. 3 SGB V](#) regelt, dass das Wahlrecht Versicherungspflichtiger spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht auszuüben ist. Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach [§ 173 SGB V](#) wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Daraus ergibt sich, dass die Meldung gegenüber dem Arbeitgeber noch nicht ausreicht und etwaige Versäumnisse des Arbeitgebers nicht dem Verantwortungsbereich der Kasse, sondern der Risikosphäre des Versicherten zuzuordnen sind. Der Kläger trägt also die Verantwortung dafür, dass er die Wahl der Krankenkasse und die Arbeitsunfähigkeit der Kasse nicht rechtzeitig mitgeteilt hat. Es war ihm daher zuzumuten, nachdem er sich Ende Dezember 2000 für die Beklagte entschieden hatte, die Arbeitsunfähigkeitbescheinigungen innerhalb einer Woche nach Ausstellung jeweils an die Beklagte zu senden.

Es ist auch ein Organisationsmangel des Vertragsarztes nicht ersichtlich, der der Beklagten zuzurechnen wäre. Denn der Kläger hat offensichtlich bei den jeweiligen Konsultationen des Nervenarztes angegeben, dass er privat gegen Krankheit versichert ist und zwar auch noch nach dem 31.12.2000. Anderenfalls wäre die Angabe auf den Arbeitsunfähigkeitbescheinigungen nicht verständlich, dass eine Privatversicherung besteht. Damit durfte der Kläger auch nicht davon ausgehen, dass der Vertragsarzt das für die Kasse jeweils bestimmte Exemplar der Arbeitsunfähigkeitbescheinigungen der Beklagten unmittelbar zuleiten würde. Vielmehr hat der Kläger von dem Arzt jeweils zwei Exemplare einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten, damit er ein Exemplar für die Krankenkasse verwenden konnte.

Die Kostentscheidung 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

2006-12-28