

L 16 B 78/08 KR

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 40 KR 125/08
Datum
04.09.2008
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 B 78/08 KR
Datum
13.01.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde des Klägers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Dortmund vom 04. September 2008 wird zurückgewiesen.
Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Das Verfahren ist gerichtskostenfrei.

Gründe:

I. Der Kläger (d. Kl.) begehrt Prozesskostenhilfe (PKH) für ein Klageverfahren vor dem Sozialgericht (SG) Dortmund. Mit seiner Klage wendet er sich gegen die Weigerung der Beklagten (d. Bekl.), ihm auf der Grundlage von §§ 44 ff des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) Krankengeld (Krg) auch für die Zeit vom 24.05. bis zum 24.07.2007 zu gewähren.

Der 1954 geborene, bei d. Bekl. krankenversicherte Kläger ist Hilfsarbeiter. Nach übereinstimmenden Angaben der Beteiligten bezieht er im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld (Alg) und Arbeitslosenhilfe seit Anfang 2005 fortlaufend Alg II (Grundsicherung für Arbeitsuchende). Daneben war er seit dem 04.05.2007 bei einem Zeitarbeitsunternehmen (befristet auf sechs Monate) als Helfer im Rahmen einer Probezeit versicherungspflichtig mit einem Brutto-Stundenlohn von 6,35 Euro beschäftigt; dem entsprach ein monatlicher Mindestvergütungsanspruch zwischen 887,60 und 1020,00 Euro. Am 18.05.2007 kündigte ihm der Arbeitgeber. Im anschließenden Arbeitsgerichtsverfahren (Arbeitsgericht Hagen - Az: 1 Ca 1362/07) wurde durch Vergleich festgestellt, dass das Arbeitsverhältnis aufgrund einer ordentlichen betriebsbedingten Kündigung vom 18.05.2007 mit Ablauf des 22.05.2007 (Kündigungsfrist gemäß Ziffer 20.1 des maßgeblichen Manteltarifvertrags) beendet worden sei.

Ab Montag, den 21.05.2007, wurde d. Kl. notfallmäßig wegen einer akuten Epididymitis (= Nebenhodenentzündung) rechts stationär im Allgemeinen Krankenhaus I behandelt und am Mittwoch, den 23.05.2007, bei rückläufigem Befund aus dem Krankenhaus mit der Maßgabe entlassen, sich durch seinen Hausarzt I in I unter Mitbetreuung durch einen Fachurologen ambulant behandeln zu lassen. Erst am nächsten Tage, dem 24.05.2007, begab sich d. Kl. zu dem Arzt I, der ihm mit Erstbescheinigung vom selben Tage zunächst bis zum 01.06.2007 Arbeitsunfähigkeit (AU) attestierte und als Diagnosen Hernia inguinalis (= Leistenbruch) und Zystitis (= Blasenentzündung) nannte. Folgebescheinigungen erteilte dieser Arzt für die Zeit bis zum 13.07.2007. Sein Vertreter, Dr. P, I, stellte unter dem 17.07.2007 eine weitere Erstbescheinigung über eine ab dem 16.07. bis zum 24.07.2007 bestehende AU wegen Orchitis (= Hodenentzündung) und Epididymitis aus.

D. Bekl. gewährte d. Kl. für die Zeit der stationären Behandlung vom 21. bis 23.05.2007 Krg und lehnte den Antrag auf Weiterzahlung des Krg nach Einholung mehrerer Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) durch Bescheid vom 29.10.2007 ab, weil die AU angesichts der unterschiedlichen Diagnosen nicht plausibel begründet sei. Nachdem der behandelnde Arzt auf den gegen die Leistungsablehnung eingelegten Widerspruch d. Kl. mitgeteilt hatte, d. Kl. habe seit der Krankenhausentlassung fortlaufend über Schmerzen in der Leistengegend geklagt und sei ohne Unterbrechung arbeitsunfähig gewesen, begründete d. Bekl. ihre Leistungsablehnung nunmehr damit, dass d. Kl. am Tage nach der erstmaligen Feststellung der AU nicht mehr mit Anspruch auf Krg versichert gewesen sei; denn sein Arbeitsverhältnis und damit eine zur Krg-Leistung berechtigende Pflichtversicherung als Beschäftigter habe mit Ablauf des 22.05.2007 geendet (Schreiben vom 12.02.2008). Dementsprechend wies sie den Widerspruch d. Kl. durch Widerspruchsbescheid vom 03.04.2008 zurück (Bekanntgabe am 08.04.2008).

Dagegen richtet sich die am 07.05.2008 beim SG erhobene Klage, mit der d. Kl. im Wesentlichen geltend macht, er sei durchgehend vom 21.05. bis zum 24.07.2007 arbeitsunfähig gewesen. Eine neue Erkrankung habe nach Entlassung aus dem Krankenhaus nicht vorgelegen. Ein Anspruch auf Krg sei am 24.05.2007 nicht neu entstanden.

D. Kl. hat beantragt,

ihm für das Klageverfahren unter Beiordnung von Rechtsanwalt B D, I, PKH zu bewilligen.

Diesen Antrag hat das SG durch Beschluss vom 04.09.2008 abgewiesen und ausgeführt, d. Kl. sei seit dem 24.05.2007 nicht mehr mit Anspruch auf Krg versichert gewesen; deshalb scheide ein solcher Anspruch, der frühestens am 25.05.2007 - einen Tag nach ärztlicher Feststellung - hätte entstehen können, aus. Im Übrigen habe auch keine fortdauernden AU bestanden. D. Kl. habe sich nämlich zunächst wegen Hoden-/Nebenhodenentzündung in stationärer Behandlung befunden, während ihm der behandelnde Arzt dagegen anschließend Leistenbruch und Blasenentzündung bescheinigt habe.

Gegen den am 10.09. 2008 zugestellten Beschluss richtet sich die am 10.10.2008 beim SG eingegangene Beschwerde d. Kl. ...

II. Die Beschwerde ist unbegründet. D. Kl. steht die begehrte PKH gemäß [§ 73a](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) i.V.m. [§§ 114 ff.](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) entsprechend der Auffassung des SG nicht zu, ohne dass es darauf ankommt, ob während der stationären Behandlung bis zum 23.05.2007 und der ab dem 24.05.2007 bescheinigten AU-Zeit eine gleichartige Erkrankung d. Kl. vorgelegen hat (wofür etwa die Äußerung des behandelnden Arztes vom 08.01.2008 sowie die dasselbe Gebiet der körperlichen Beschwerden d. Kl. sprechen könnten).

Bei der gebotenen summarischen Prüfung lässt sich nach dem Inhalt der vorliegenden Akten nicht feststellen, dass die Klage die gem. [§ 114 ZPO](#) erforderliche Erfolgsaussicht haben könnte. Denn ein Anspruch auf Gewährung von Krg nach [§§ 44, 46 SGB V](#) ist mangels Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht entstanden, wie bereits das SG unter Bezug auf die einschlägige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zutreffend ausgeführt hat.

D. Kl. ist mit Ablauf des 23.05.2007, dem letzten Tag seiner stationären Behandlung, zu den maßgeblichen Zeitpunkten nicht mehr mit Anspruch auf Krg versichert gewesen. Sein Versicherungsschutz als Beschäftigter endete am 22.05.2007, weil an diesem Tag sein Arbeitsverhältnis bei dem Zeitarbeitsunternehmen geendet hat, wie sich Letzteres auch schon aus dem arbeitsgerichtlichen Vergleich ergibt. Danach hat sein Versicherungsschutz lediglich über [§ 192 Abs 1 Nr 2 SGG](#) bis zum 23.05.2007 fortbestanden, weil er wegen seines stationären Krankenhausaufenthaltes ([§ 46 Satz 1 Nr 1 SGB V](#)) Krg bezogen hat.

Die erst am 24.05.2007 erfolgte (Erst-)Feststellung der AU hat keinen (weiteren) Krg-Anspruch ausgelöst. Die Voraussetzungen für einen Krg-Anspruch müssen für unterschiedliche Sachverhalte und bei zeitlich befristeter AU-Feststellung für unterschiedliche Zeiträume für jeden Zeitabschnitt erneut und gesondert festgestellt werden (vgl. BSG, Urteil vom 26.06.2007, Aktenzeichen (Az): [B 1 KR 8/07 R](#), Sozialrecht (SozR) 4-2500 § 44 Nr 12, Randnummer (RNr) 16; BSG [SozR 4-2500 § 44 Nr 2](#) RNr 8 mit weiteren Nachweisen (mwN); auch in juris.de). Da d. Kl. zunächst unabhängig von dem Vorliegen einer AU schon allein wegen seines Krankenhausaufenthaltes Krg nach [§ 46 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) bezogen hatte, war für die Begründung eines weiteren Krg-Anspruchs die Erstfeststellung der AU bei noch bestehendem Pflichtversicherungsverhältnis aus der Beschäftigung ([§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V](#)) erforderlich; eine Pflichtversicherung als arbeitssuchender Grundsicherungsempfänger ([§ 5 Abs 1 Nr 2a SGB V](#)) ist dazu nicht ausreichend, wie sich aus [§ 44 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) unschwer erkennen lässt. Das bei dem Entstehen eines Krg-Anspruchs bestehende Versicherungsverhältnis bestimmt nämlich, wer in welchem Umfang als "Versicherter" Anspruch auf Krg hat (so das bereits vom SG zitierte BSG-Urteil vom 26.06.2007, Az: [B 1 KR 2/07 R](#), Urteilssammlung der Krankenversicherung (USK) 2007, 33, Randnummer (RNr) 12 mwN, auch in juris.de; vgl. ebenso BSG, Urteile vom selben Tage, Az: [B 1 KR 8/07 R](#), [SozR 4-2500 § 44 Nr 12](#), RNr 13 sowie Az: [B 1 KR 37/06 R](#), SozR 4- 500 § 46 Nr 2, RNr 12, beide auch in juris.de).

D. Kl. hat es versäumt, vor Ablauf des Krg-Bezugszeitraums für eine rechtzeitige Begründung eines neuen Krg-Tatbestandes zu sorgen. Ebenso wie es bei bereits bescheinigter AU für eine Verlängerung des Versicherungsschutzes (und der Krg-Zahlung) nicht ausreicht, dass sich ein bislang Versicherter, der bis zum Beginn eines Wochenendes oder bis Sonntag arbeitsunfähig geschrieben ist, sich erst am Montag, also nach Ablauf der bisheriger AU-Zeit, bei seinem Arzt zur Feststellung weiterer AU meldet (vgl. dazu insbesondere BSG, [SozR 4-2500 § 44 Nr 12](#) sowie [SozR 4-2500 § 46 Nr 2](#), jeweils RNr 17), war das Erscheinen d. Kl. im vorliegenden Fall nach Ablauf des Krankenhaus-Entlassungstages zu spät, um die Mitgliedschaft nach [§ 192 Abs 1 Nr 2 SGB V](#) zu erhalten und daran einen verlängerten Krg-Schutz anzuknüpfen. Nur eine Feststellung der AU durch den niedergelassenen Vertragsarzt am selben Tage oder eine AU-Bescheinigung des entlassenden Krankenhausarztes hätte eine Verlängerung des Versicherungsschutzes ermöglicht.

Davon zu unterscheiden sind die Fälle, in denen das Beschäftigungsverhältnis und damit das einen Krg-Anspruch auslösende Pflichtversicherungsverhältnis ([§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V](#)) noch nicht geendet haben. In derartigen Fällen käme allenfalls ein verspäteter Anspruchsbeginn bzw. ein Ruhen des Krg-Anspruchs wegen verspäteter Meldung ([§ 49 Abs 1 Nr 5 SGB V](#)), nicht aber ein Anspruchswegfall in Betracht.

Auch lässt sich ein nachgehender Krg-Anspruch nicht aus [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) herleiten. Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht zwar nach dieser Vorschrift Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Diese Vergünstigung kann d. Kl. jedoch für sich nicht in Anspruch nehmen, weil er - ähnlich einem Pflichtversicherten in der Krankenversicherung der Rentner - jedenfalls überhaupt keinen Anspruch auf nachgehenden Versicherungsschutz nach [§ 19 SGB V](#) hat; denn sein Versicherungsschutz wird nach Art und Umfang durch eine vorgehende Pflichtversicherung sichergestellt, nämlich durch die Versicherung als Grundsicherungsempfänger nach [§ 5 Abs 1 Nr 2a SGB V](#) (vgl. dazu eingehend die genannten Urteile des BSG, in [USK 2007, 33](#) RNrn 19 ff sowie in [SozR 4-2500 § 44 Nr 12](#) RNrn 21 ff).

Angesichts dieser Erwägungen kommt es auch nicht darauf an, wie die unterschiedlichen Diagnosebezeichnungen der jeweils behandelnden Ärzte zu bewerten sind und ob noch weitere Beweiserhebungen (etwa zur Identität des Krankheitsbildes am 23.05.2007 und zu einem späteren Zeitpunkt) erforderlich sein könnten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 183 Satz 1 SGG](#) sowie auf [§ 127 Abs. 4 ZPO](#).

Rechtsmittelbelehrung:

Dieser Beschluss ist nicht anfechtbar, [§ 177 SGG](#).

Rechtskraft

Aus
Login
NRW
Saved
2009-01-20