

L 6 KR 583/14

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Altenburg (FST)
Aktenzeichen
S 4 KR 65/13
Datum
20.03.2014
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 583/14
Datum
29.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 20. März 2014 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Zahlung von Krankengeld ab dem 12. Juli bis 2. Dezember 2012 streitig.

Die 1964 geborene Klägerin war bei der Beklagten aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses bis zum 31. Dezember 2011 pflichtversichert. Seit dem 20. Dezember 2011 war sie arbeitsunfähig erkrankt; seit dem 1. Januar 2012 bezog sie Krankengeld. Vom 6. Juni bis 11. Juli 2012 nahm sie eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Dr. B. B.-Klinik wahr und bezog Übergangsgeld von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund). Am 26. Juni 2012 prellte sich die Klägerin dort beim Sport das linke Kniegelenk. Eine Untersuchung durch die diensthabende Stationsärztin ergab keine äußerlich erkennbaren Veränderungen. Die Behandlung erfolgte durch Kühlung, eine elastische Binde und Voltarensalbe. Einen Durchgangsarzt habe die Klägerin nicht in Anspruch nehmen wollen. Laut ärztlicher Kurzmitteilung der Dr. B. B.-Klinik vom 9. Juli 2012, dem Entlassungsschein und dem Rehabilitationsentlassungsbericht vom 17. Juli 2012 wurde sie am 11. Juli 2012 arbeitsfähig entlassen. Während der Rehabilitation habe Arbeitsfähigkeit bestanden. Die Klägerin habe sich mit der sozialmedizinischen Einschätzung einverstanden erklärt.

Der Facharzt für Chirurgie Dr. Sch. stellte am 13. Juli 2012 rückwirkend ab 12. Juli 2012 bis voraussichtlich 12. August 2012 Arbeitsunfähigkeit der Klägerin wegen ICD-10-GM (Version 2012) S83.6 (Verstauchung und Zerrung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Knies) fest. Mit Folgebescheinigung stellte Dr. Sch. am 30. Juli 2012 Arbeitsunfähigkeit bis voraussichtlich 16. September 2012 fest. Am 14. August 2012 wandte sich die Klägerin telefonisch an die Beklagte und teilte mit, dass sie am 4. September 2012 operiert werde. Die Beklagte übersandte ihr einen Auszahlungsschein für Krankengeld, auf dem Dipl.-Med. R. am 14. August 2012 Arbeitsunfähigkeit bescheinigte. Wegen der Feststellung der Arbeitsfähigkeit im Rehabilitationsentlassungsbericht vom 17. Juli 2012 wandte sich die Klägerin an die Dr. B. B.-Klinik. Sie hätte nicht "arbeitsfähig" entlassen werden dürfen, weil sie dann keinen Anspruch auf Krankengeld habe und sie in ihrem Zustand beim Arbeitsamt nicht vermittelbar sei. Sie bitte um Änderung im Entlassungsbericht auf "arbeitsunfähig". Die Klägerin überreichte der Beklagten den geänderten Entlassungsbericht der Dr. B. B.-Klinik vom 24. August 2012, wonach ab dem 26. Juni 2012 aufgrund des Unfalls Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe Leistungsfähigkeit für sechs Stunden und mehr. Sie sei arbeitsunfähig aus der stationären Rehabilitationsmaßnahme entlassen worden. Am 13. September 2012 wandte sich die Klägerin telefonisch an die Beklagte und fragte nach einer Entscheidung bezüglich ihres Krankengeldanspruchs an.

Mit Bescheid vom 2. Oktober 2012 lehnte die Beklagte die Zahlung von Krankengeld ab dem 12. Juli 2012 ab. Während der Zeit des Bezuges von Krankengeld und des Bezuges von Übergangsgeld sei die Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 Nr. 2 und Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erhalten geblieben. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) müsse die Arbeitsunfähigkeit für den Fortbestand der versicherungspflichtigen Mitgliedschaft lückenlos nachgewiesen werden. Da Arbeitsunfähigkeit über den 11. Juli 2012 hinaus durch Dr. Sch. erst am 13. Juli 2012 bescheinigt worden sei, sei dies nicht der Fall und die versicherungspflichtige Mitgliedschaft habe zum 11. Juli 2012 geendet. Ab dem 13. Juli 2012 bestehe keine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld, weil sie über ihren Ehemann familienversichert sei. Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 11. Dezember 2012).

Im Klageverfahren hat die Klägerin vorgetragen, sie sei davon ausgegangen, dass sie nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme durch ihre Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld habe. Sie hat einen Arztbrief des Dr. Sch. überreicht, wonach eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aus Kapazitätsgründen erst am 13. Juli 2012 habe ausgestellt werden können.

Mit Urteil vom 20. März 2014 hat das Sozialgericht (SG) die Klage abgewiesen. Der Anspruch auf Krankengeld sei nach [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) aufgrund der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit am 13. Juli 2012 erst ab dem 14. Juli 2012 wieder entstanden. An diesem Tag sei die Klägerin aber nicht mehr mit Anspruch auf Krankengeld bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert gewesen. Auch die nachträgliche ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit der behandelnden Ärzte der Rehabilitationsklinik am 24. August 2012 führe nicht dazu, dass die Arbeitsunfähigkeit ab dem 11. Juli 2012 ärztlich bescheinigt sei. Die Feststellung sei widersprüchlich, weil die Ärzte zugleich erklärten, dass für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit Leistungsfähigkeit für sechs Stunden und mehr bestehe. Es liege auch kein Ausnahmefall vor in dem die unterbliebene ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit - rückwirkend - nachgeholt werden könne. Die Klägerin habe sich bereits nicht innerhalb einer Woche nach dem 11. Juli 2012 bei der Beklagten gemeldet, um dort geltend zu machen, dass die behandelnden Ärzte der Rehabilitationsklinik fehlerhaft keine weitere Arbeitsunfähigkeit festgestellt haben.

Im Berufungsverfahren wiederholt die Klägerin ihr erstinstanzliches Vorbringen. Dr. Sch. sei befugt gewesen, die Arbeitsunfähigkeit rückwirkend festzustellen. Sie habe sich unmittelbar nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme mit der Beklagten in Verbindung gesetzt und angefragt, ob sie wegen ihres Sportunfalls etwas unternehmen müsse. Der Rehabilitationsentscheidungsbericht sei korrigiert worden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 20. März 2014 sowie den Bescheid der Beklagten vom 2. Oktober 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Dezember 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr ab dem 12. Juli bis 2. Dezember 2012 Krankengeld in Höhe von täglich 55,21 EUR brutto zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 2. Oktober 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Dezember 2012 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat ab dem 12. Juli 2012 keinen Anspruch auf Krankengeld in Höhe von 55,21 EUR brutto täglich. Die den Krankengeldanspruch vermittelnde, auf einem Leistungsbezug beruhende Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten endete mit Ablauf des 11. Juli 2012. Die Klägerin kann einen Anspruch auf Krankengeld für die Zeit ab dem 12. Juli 2012 auch nicht ganz oder teilweise auf [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) stützen.

Nach [§ 44 Abs. 1 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 SGB V](#), §§ 24, 40 Abs. 2 SGB und [§ 41 SGB V](#)) behandelt werden. Ob und in welchem Umfang Versicherte Krankengeld beanspruchen können, bestimmt sich nach dem Versicherungsverhältnis, das im Zeitpunkt des jeweils in Betracht kommenden Entstehungstatbestandes für Krankengeld vorliegt (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - Az.: [B 1 KR 25/14 R](#) m.w.N., nach juris).

Nach [§ 46 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung vom 17. Juli 2009 (gültig ab 1. August 2009 bis 22. Juli 2015 = a.F.) entsteht der Anspruch auf Krankengeld (1) bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4 SGB, [§ 24 SGB V](#), [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) und [§ 41 SGB V](#)) von ihrem Beginn an, (2) im Übrigen von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt. Wird Krankengeld wegen ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit begehrt, ist für den Umfang des Versicherungsschutzes demgemäß grundsätzlich auf den Tag abzustellen, der dem Tag nach Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt. Das Gesetz bietet weder einen Anhalt für ein Verständnis des [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) als bloße Zahlungsvorschrift noch dafür, dass der Krankengeldanspruch nach [§ 44 SGB V](#) schon bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit entsteht (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - Az.: [B 1 KR 25/14 R](#), nach juris).

Die Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten endete nicht mit dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses am 31. Dezember 2011 ([§ 190 Abs. 2 Nr. 12 SGB V](#)), sondern bestand darüber hinaus unter den Voraussetzungen des [§ 192 SGB V](#) fort. Sie bleibt u.a. nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) erhalten, solange Anspruch auf Krankengeld besteht und nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#), solange von einem Rehabilitationsträger während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird. [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) verweist damit wieder auf die Vorschriften über den Krankengeldanspruch, die ihrerseits voraussetzen, dass ein Versicherungsverhältnis mit Anspruch auf Krankengeld vorliegt. Die Mitgliedschaft der Klägerin blieb aufgrund des Bezuges von Krankengeld nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) bzw. des Bezuges von Übergangsgeld nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) bis zum 11. Juli 2012 erhalten.

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht nach [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) - wenn keine stationäre Behandlung bzw. Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen -, nur aufgrund ärztlicher Feststellung (vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2005 - Az.: [B 1 KR 30/04 R](#), nach juris). Für den Umfang des Versicherungsschutzes ist demgemäß auf den Tag abzustellen, der dem Tag nach Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt. Es reicht allerdings aus, dass Versicherte am letzten Tag des Versicherungsverhältnisses mit Anspruch auf Krankengeld - hier des Versicherungsverhältnisses aufgrund der aufrecht erhaltenen Mitgliedschaft - alle Voraussetzungen erfüllen, um spätestens mit Beendigung des Ablaufs dieses Tages - und damit zugleich mit Beginn des nächsten Tages einen Krankengeldanspruch entstehen zu lassen (vgl. BSG, Urteile vom 16. Dezember 2014 - Az.: [B 1 KR 25/14 R](#) und 10. Mai 2012 - Az.: [B 1 KR 19/11 R](#) m.w.N., bei- de nach juris).

Die Klägerin wurde am 11. Juli 2012 aus der Rehabilitationsmaßnahme zunächst arbeitsfähig für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit entlassen. Dies ergab sich auch aus dem ihr zur Vorlage beim Arbeitgeber und bei der Krankenkasse ausgehändigten Entlassungsschein. Bei Dr. Sch. stellte sie sich erst am 13. Juli 2012 vor. Danach lagen mit Ablauf des 11. Juli 2012 die Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft wegen des Bezuges von Übergangsgeld nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) nicht mehr vor. Ab dem 12. Juli 2012 - und damit auch bei der persönlichen Vorstellung bei Dr. Sch. - war sie nach [§ 10 SGB V](#) bereits ohne Anspruch auf Krankengeld versichert (vgl. [§ 44 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#)).

Folgen der unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sind grundsätzlich vom Versicherten zu tragen. Die Ausschlussregelung des [§ 46 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) ist strikt zu handhaben. Ausnahmen hiervon hat das BSG nur in engen Grenzen anerkannt (vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2005 - Az.: [B 1 KR 30/04 R](#), Rn. 18 ff., nach juris). Hat 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 (z.B. durch die Fehlbeurteilung der Arbeitsunfähigkeit des Vertragsarztes und des MDK) und macht er (3.) 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. Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor.

Die Klägerin wurde aus der Rehabilitationsmaßnahme arbeitsfähig entlassen. Dies war ihr aufgrund der Entlassungsmitteilung auch bekannt. Unabhängig davon, dass sie aufgrund ihres "Widerspruchs" vom 15. August 2012 gegen den Rehabilitationsentlassungsbericht vom 17. Juli 2012 eine Feststellung der Arbeitsunfähigkeit mit Schreiben der Dr. B. B.-Klinik vom 24. August 2012 erlangt hat, lagen sowohl der "Widerspruch" als auch die Geltendmachung gegenüber der Beklagten außerhalb der zeitlichen Grenzen des [§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#). Die Meldeobliegenheit soll ebenso wie die Ausschlussregelung des [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) die Krankenkasse davon freistellen, die Voraussetzungen eines verspätet geltend gemachten Krankengeldanspruchs im Nachhinein aufklären zu müssen. Die Norm soll der Krankenkasse die Möglichkeit erhalten, die Arbeitsunfähigkeit zeitnah durch den MDK überprüfen zu lassen, um Leistungsmisbräuchen entgegenzutreten und Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit einleiten zu können. Nach der Rechtsprechung des BSG ist die Gewährung von Krankengeld dementsprechend bei verspäteter Meldung auch dann ausgeschlossen, wenn die Leistungsvoraussetzung im Übrigen zweifelsfrei gegeben sind und die Versicherten keinerlei Verschulden an dem unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen Zugang der Meldung trifft (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - Az.: [B 1 KR 31/14](#) nach juris). Aus der Verwaltungsakte der Beklagten ist nicht ersichtlich, dass die Klägerin sich vor dem 14. August 2012 an diese gewandt hat und die Richtigkeit der Entlassungsmitteilung beanstandet hätte. Darüber hinaus hat sie auch nicht alles in ihrer Macht Stehende und ihr Zumutbare getan, um die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit spätestens am 12. Juli 2012 - wäre sie am 11. Juli 2012 als arbeitsunfähig entlassen worden - zu erlangen. Ausgangspunkt der Verteilung von Obliegenheiten und Risiken zwischen dem Versicherten und dem Versicherungsträger ist, dass der kraft des Mitgliedschaftsverhältnisses hierzu berechnigte Versicherte einen zur Diagnostik und Behandlung befugten Arzt aufzusuchen und seine Beschwerden zu schildern hat, um die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung des Anspruchs auf Krankengeld zu erreichen. Die Klägerin hat Dr. Sch. erst am 13. Juli 2012 aufgesucht. Dass sie erst an diesem Tag einen Termin erhalten hat, führt nicht dazu, dass der Beklagten ein "Fehlverhalten" des Vertragsarztes zugerechnet werden muss. Auch ist es nicht Sache der Krankenkasse, den Versicherten rechtzeitig vor Ablauf des schon festgestellten Arbeitsunfähigkeitszeitraums auf die besondere gesetzliche Regelung und deren im Regelfall gravierenden Folgen hinzuweisen. Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin wegen Handlungs- oder Geschäftsunfähigkeit am 12. Juli 2012 keinen Arzt aufsuchen konnte, liegen nicht vor (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - Az.: [B 1 KR 25/14 R](#), nach juris).

Die Klägerin hat auch keinen Krankengeldanspruch nach [§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#). Sie war ab dem 12. Juli 2012 nach [§ 10 SGB V](#) ohne Krankengeldanspruch versichert. Eine Versicherung nach [§ 10 SGB V](#) hat nach [§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) Vorrang vor dem Leistungsanspruch.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2016-06-23